

Tilburg University

Forensische Psychiatrie onderweg

Oei, T.I.; Kaiser, L.H.W.M.

Publication date:
2008

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

Citation for published version (APA):

Oei, T. I., & Kaiser, L. H. W. M. (Eds.) (2008). *Forensische Psychiatrie onderweg: In de spiegel kijken naar het verleden en loersen naar de toekomst*. Wolf Legal Publishers (WLP).

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Forensische psychiatrie onderweg



Forensische psychiatrie onderweg

in de spiegel kijken naar het verleden en koersen naar de toekomst

redactie: T.I. Oei en L.H.W.M. Kaiser

ISBN- 978-90-5850-346-6

Uitgevers: Willem-Jan en René van der Wolf
Productie: René van der Wolf
Opmaak: Jook van der Snel

Dit boek is een uitgave van:
Wolf Legal Publishers (WLP)
Postbus 31051
6503 CB Nijmegen
tel. 024-3551904
e-mail: wlp@hetnet.nl
<http://www.wlp.biz>

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar worden gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, door fotokopieën, opnamen of op enig andere manier, zonder voorafgaande toestemming van de auteur en de uitgever.

Voor het opnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Forensische psychiatrie onderweg

**in de spiegel kijken naar het verleden
en koersen naar de toekomst**

Inhoudsopgave

Voorwoord

Hoofdstuk 1 – GGz en Bopz

Ontwikkelingen rond de Wet Bopz

J. Legemaate, B.J.M. Frederiks en R.P. de Roode

1.	Inleiding	3
2.	Rechtsbescherming in de psychiatrie	3
3.	Internationale ontwikkelingen	7
4.	Hoe verhoudt de Wet Bopz zich tot de internationale ontwikkelingen?	8
5.	Verbetersuggesties	10
6.	Tot slot	13

Toekomstscenario's rondom Psychiatrie en Recht

J. R. van Veldhuizen

1.	Toekomst en scenario's	17
2.	Behandelwet als reactie op falen de Wet Bopz	18
3.	Een kijkje in de toekomst	21
4.	Tenslotte: de nabije toekomst	24

Heeft het medicijn van de zorgvernieuwing niet dringend behoefte aan een bijsluiter?

L.H.W.M. Kaiser en B. van der Werf

1.	Inleiding	27
2.	Wie doet wat - in getallen	27
3.	Wie doet wat - als casus	29
4.	Vice versa: justitie - geestelijke gezondheidszorg	31
5.	Etikettering, stigmatisering	32
6.	Stoppen met separeren en dan?	33
7.	Rehabilitatie en empowerment	34
8.	Behandelbaarheid	35
9.	Toekomstverwachtingen	35

Dwangbehandeling in 2017/18

A.J.K. Hondius en T.E. Stikker

1.	Inleiding	41
2.	Casus 2007	41

3. Dwangbehandeling in 2007	42
4. Commentaar van de jurist	43
5. Vervolg op de casus anno 2007	43
6. Commentaar van de jurist	44
7. GGz georganiseerd in de toekomst (tot 2017/18)	45
8. Zorg en veiligheid in de toekomst	46
9. De Commissie Psychiatische Zorg (CPZ)	47
10. Commentaar van de jurist op deze psychiatrische toekomstvisie	47
11. Casus: dwangtoepassing in 2017/18	48

Hoofdstuk 2 – Jeugd

Getuigenverklaringen in seksueel misbruikzaken

M. Bos, R. Bullens, J. van Horn en A. Collot d'Escury-Koenigs

1. Inleiding	55
2. Geloofwaardigheid van jeugdige getuigen	56
3. De beoordeling van een getuigenverklaring	57
4. Onderzoek	58
5. Resultaten	61
6. Discussie	64

De jeugd die niet deugt,... en andere mythes & misverstanden

Ch. van Nieuwenhuizen

1. Inleiding	71
2. Juridisch kader: een kwestie van recht spreken en recht doen	71
3. Een scheiding met grote spijt achteraf?	73
4. Een blik op de toekomst	77

Dimensies in de kinder- en jeugdpsychiatrie

E. Nederlof en T.I. Oei

1. Inleiding	83
2. Comorbiditeit	84
3. Dimensionele diagnostiek op As-I	84
4. Dimensionele diagnostiek op As-II	85
5. Dimensies van As-I en As-II vergeleken	87
6. Psychiatische diagnostiek bij kinderen	87
7. Dimensies gerelateerd aan jeugdpsychiatrie	88
8. Hiërarchische dimensies	89
9. Conclusie	89

De kwaliteit van het onderzoek pro Justitia in 2018

N. Duits

1. Wat bepaalt de kwaliteit van de rapportage pro Justitia?	98
2. Hoe kan de kwaliteit van het onderzoek en de rapportage onderzocht en verbeterd worden?	99
3. Hoe zal de kwaliteit van het onderzoek en de rapportage eruit zien in 2018?	103
5. Conclusie	106

De mens als performance

J.A.M. Dirkse en M. Traas

1. Inleiding: Performance als menselijk gedrag	111
2. Wat verstaan wij onder ‘Performance’?	112
3. Van continuïteit naar verandering en van verandering naar discontinuïteit	113
4. Woordcultuur, beeldcultuur en ‘digi-taal’	114
5. ‘De mediocratie’	115
6. Identiteit: van verhaal naar Performance	116
7. De uitvergroting van het lichaam	118
8. Vervaging van ruimte en tijd	119
9. Tussen realiteit en illusie	121
10. Performance als overlevingswijze	121

Hoofdstuk 3 – Forensische zorg

Behandeling in detentie tussen gisteren en morgen

D. Daniëls

1. Inleiding	127
2. Enkele vragen	127
2. Recente ontwikkelingen	128
3. De stand van zaken begin 2008	131
4. De toekomst anno 2018	133
5. Conclusie	140

The subjective and normative care requirements of prison inmates

B.H. Bulten, M.P.L. Schoenmakers en T.I. Oei

1. Introduction	145
2. Need for care	146
3. Definition of concepts	148
4. Motivation, approach and avoidance	149

5. An integrative model	150
6 Conclusion	154

De forensische zorg in een strafrechtelijk kader anno 2018: zaak van Justitie en GGz

J.A.C. Bleeker, P. Stalman en T. Huygen

1. De forensische zorg in strafrechtelijk kader in 2008, een zaak van Justitie	161
2. De toekomstige behoefte aan forensische zorg en het beleid	164
3. De betrokkenheid en visie van de beroepsgroep van de psychiaters	165
4. Het project Vernieuwing Forensische Zorg	166
5. De DB(B)C-systematiek	169
6. Conclusie	170

Patiënten met een strafrechtelijke last tot plaatsing: een vergeten populatie?

W.H.M. Peek en A. Nugter

1. Inleiding	173
2. Patiënten en methoden	174
3. Resultaten	175
4. Discussie en conclusie	181

Hoofdstuk 4 – TBS en reclassering

Forensische psychiatrie in 2018: een bloeiende boom of een knotwilg?

M. Drost

1. Inleiding	187
2. De effecten van de wijziging in de financiering van forensisch psychiatrische zorg	187
3. Verschuiving in de doelgroepen	189
4. Synergie tussen forensische psychiatrie en GGz	191
5. Ontwikkelingen in het vak forensische psychiatrie	192
6. Politisering	194
7. Conclusie	195

Veranderen vanuit ‘Cognitief Historisch Perspectief’ als veranderstrategie voor een TBS kliniek in crisis

C.L. Bruinsma

1. De voorgeschiedenis	197
2. Het gedragdeskundig perspectief	203

3.	Het organisatie perspectief ‘naar een cognitief historisch model’	209
4.	Spiegelen aan een geïntegreerd model	222

Tussen fragmentatie en traject. Naar een effectieve reclassering in 2018

J.A. van Vliet

1.	Inleiding	233
2.	Het ontstaan van de reclassering	234
3.	Reclassering anno 2008	235
4.	Conclusies, dilemma’s, aanbevelingen: de reclassering in 2018	240

De beperkte betekenis van de reguliere diagnostiek voor de rapportage en behandeling pro Justitia

E.J.P. Brand

1.	Inleiding	249
2.	Diagnostiek in GGz en TBS	250
3.	Behandeling in een justitieel kader	252
4.	Populatie en maatregel	253
5.	Behandeling in een justitieel kader	255
6.	Binnen nu en tien jaar	257

Behandelbaarheid: een nieuwe voorwaarde voor het opleggen van de maatregel terbeschikkingstelling?

S.J.C.M. Torremans

1.	Inleiding	261
2.	De wettelijke voorwaarden voor terbeschikkingstelling	262
3.	Recente ontwikkelingen	265
4.	Recente jurisprudentie	266
5.	Onderscheid straf – maatregel	268
6.	Tbs en behandeling	269
7.	Conclusie	271
8.	Tbs nieuwe stijl	271

Hoofdstuk 5 – Rapportage

Recht in beweging, naar een verdergaande en vergaande medicalisering

A.F. Herlé en T.I. Oei

1.	Inleiding	277
2.	Kritiek op het huidige strafrecht	279
3.	Nieuwe grondslagen	285

4. Praktische benadering	287
5. Samenvatting en slotconclusies	290

Paradigmashift in het strafrecht: Einde van de toerekeningvatbaarheid?

C. de Ruiter

1. Inleiding	295
2. Neurowetenschappelijke bevindingen	295
3. Een paradigma shift in het strafrecht?	297
4. Toerekeningsvatbaarheid: de praktijk	298
5. Beschouwing	308

Terugblikken

W.F. van Kordelaar

1. Inleiding	313
2. Methodologische ontwikkelingen	314
3. Ontwikkelingen in de toepassingsbreedte	317
4. Tot slot	319

Juridische implicaties van impulsief gewelddadig gedrag

R.C. Brouwers

1. Inleiding	321
2. Casuïstiek	323
3. CIGG en art. 350 Sv	327
4. Sanctietoepassing	330

Hoofdstuk 6 – Ontwikkelingen

From Badness to Illness: Forensic Psychiatry and the Problem of DSM-V

E. Shorter 335

Indicatoren in de GGZ en de forensische zorg, nuttig en nodig!?

J.A. Swinkels

1. Inleiding	341
2. Soorten indicatoren	341
3. Het nut van indicatoren	342
4. Indicator ontwikkeling.	342
5. Indicatoren op basis van de multidisciplinaire richtlijnen.	343
6. Prestatie-indicatoren kwaliteit van forensische zorg binnen een strafrechtelijk kader 2007/2008.	343

7. Totstandkoming, status en rapportage	343
8. De indicatorenset	344
9. Nabeschouwing	346

Risk assessment, risk management en nieuwe ontwikkelingen binnen het forensische landschap

S. Bogaerts en M.H. Nagtegaal

1. Inleiding	349
2. Gedragssuikkomst: een samengaan van persoons- en contextfactoren	350
3. Risk assessment en risk management	352
4. Nieuwe ontwikkelingen	354
5. Tot slot	355

Chronische PTSS bij slachtoffers van misdrijven en huiselijk geweld: Nieuwe evidentiegebaseerde ontwikkelingen

F.W. Winkel, A. Baldry, K. Kuijpers en A. Pemberton

1. Inleiding	359
2. Pathogene mechanismen	360
3. Huiselijk geweld	363
4. Risicotaxatie	366
5. Conclusies	367

Inwikkeling en het belang van cultuursensitieve diagnostiek en therapie

V. Kouratovsky

1. Inleiding	371
2. Inwikkeling, culturele achtergrond en etniciteit: van holding naar vorming.	372
3. Migratie	375
4. Acculturatie	376
5. Samenvattend	379

Hoofdstuk 7 – Visies

Affectieschade, shockschade en compensatie: de visie van een psychiater

W. van Tilburg

1. Inleiding	387
2. Affectieschade	389
3. Shockschade	394
4. Compensatie	396

Over misdaad en ziekte in een moreel perspectief

A.J.M. Loonen

1. Inleiding	399
2. Misdaad of ongeluk?	400
3. De psychiater als gedragswetenschapper	402
4. De psychiater als biomedische wetenschapper	403
5. De psychiater als dokter	404
6. De psychiater als rechter?	405
7. Slotwoord	405

Self and relatedness: a take on a fundamental issue at interface of psychiatry and religion

P.J. Verhagen

1. Introduction	409
2. Criticism: weird things, the self	410
3. Beyond an adjusted life	412
4. Again the self, the no-self, and the ‘technologies’ of the self	413
5. Our relatedness	415
6. ‘Who am I, who are you?’	416

Neurobiological research on aggression and its needs for Forensic Psychiatry in the future

W.G.E. Kuyck

1. Introduction	419
2. Subtypes of aggression	419
3. Neurobiological aspects	422
4. Conclusions and remarks	431
5. Future focus	431

Forensische psychiatrie in de opleiding tot algemeen psychiater

A. Been, E.M.M. Mol en W.G.E. Kuyck

1. Inleiding	441
2. Ontwikkeling van de forensische psychiatrie	442
3. Plaats van de forensische psychiatrie in de basisopleiding tot psychiater	443
4. De verschillende werkerterreinen van de forensisch psychiater	444
5. Specifieke kennis en vaardigheden	446
6. Conclusies en aanbevelingen voor de toekomst	449

Beknopt Personenregister	453
---------------------------------	-----

Beknopt Zakenregister	457
------------------------------	-----

Voorwoord

Er zijn veel ontwikkelingen gaande in de forensische psychiatrie, op het gebied van ‘psychiatrie en recht’ en op het grensvlak tussen justitie en geestelijke gezondheidszorg. Wat zal het effect daarvan zijn in de toekomst, wat is de visie op de toekomst en wat zijn de verwachtingen? In het bestuur van het platform Psychiatrie en Recht van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie kwam in het voorjaar 2007 de gedachte op om een boek te maken dat zou gaan over een aantal ontwikkelingen in de forensische psychiatrie die het actuele moment overstijgen. Velen zijn deskundig op het wat nauwe gebied van de forensische psychiatrie, anderen hebben een meer generalistische opvatting van het vakgebied, maar eenieder geeft zijn eigen invulling vanuit een grote mate van deskundigheid. In het boek zijn tendensen in diagnostiek, onderzoek, behandeling en beleidsopvattingen vanuit het nu en gericht op het komende decennium beschreven. Forensische psychiatrie is, meer dan de algemene psychiatrie, afhankelijk van het tijdsgewricht. In het bijzonder wil de forensische psychiatrie een bijdrage leveren aan de rechtspraak en ook aan de perspectieven die de politiek meent te moeten ontwikkelen. Daarnaast is het vak van de forensische psychiatrie afhankelijk van opvattingen, meningen, gewoonten en gedragingen van mensen die vanuit het verleden hun inspiratie voor hun werk ontvangen. Bovendien is het werk van de forensisch psychiater een handelwijze die gedragen wordt door tradities en bepaald wordt door probleemgebieden die sterk verbonden zijn met rechtsopvattingen en rechtstheorieën, die veranderingsprikkelers al of niet kunnen bevorderen.

Vandaar dat de toekomst ook zo ongewis blijkt, waar het rechtsonwikkelingen betreft.

Zij is afhankelijk van vele factoren: verleden, heden, politieke opvattingen, culturele tradities, jurisprudentie, en dergelijke meer. de meningen en de visie op de toekomst van belangrijke geleerden op het vakgebied van forensische gedragskunde, de geschiedenis van de psychiatrie, theoretische aspecten van de psychologie, het strafrecht en het gezondheidsrecht alsmede de ervaringen van praktijkmensen, verrijken dit boek. Het boek is divers en gevarieerd van aard (alleen de beoogde actualiteit was leidmotief) – maar dat maakt het alleen maar aantrekkelijker.

Voor al degenen die zich met beleid, ontwikkelingen en de dagelijkse praktijk van de forensische psychiatrie bezig houden, biedt dit boek een grote hoeveelheid aan informatie.

Wij wensen de lezer veel genoeg!

T.I. Oei,

Hoogleraar Forensische Psychiatrie Universiteit van Tilburg

L.H.W.M. Kaiser,

Eerste Geneeskundige de Gelderse Roos, en Raad in de penitentiaire kamer Hof Arnhem

HOOFDSTUK 1

GGZ EN BOPZ

Ontwikkelingen rond de Wet Bopz

J. Legemaate, B.J.M. Frederiks en R.P. de Roode

Samenvatting

De vraag hoe de wetgeving met betrekking tot psychiatrische patiënten het beste kan worden ingericht, vormt min of meer permanent een onderwerp van maatschappelijke discussie. Anno 2008 is met betrekking tot de wetgeving inzake de opnemings- en behandelings- van psychiatrische patiënten van wisselende perspectieven sprake. De invalshoek van de rechtspositie van de patiënt lijkt enigszins aan betekenis te hebben ingeboet, ten gunste van andere belangen die bij psychiatrische dwang aan de orde zijn. De toetsing van de Wet Bopz aan internationale verdragen en richtlijnen laat zien dat deze wet de patiënt op onderdelen een hoger niveau van rechtsbescherming biedt dan in de, veelal op minimumnorm gerichte, relevante internationale teksten is opgenomen. Daar staat tegenover dat de Wet Bopz vooral op het vlak van de procedurele rechtsbescherming verbeterd kan worden. Mocht in het verlengde van de reeds in gang gezette discussie over de ‘behandelwet’ op enig moment worden besloten tot vervanging van de Wet Bopz door een nieuwe wettelijke regeling, dan vormen de bestaande internationale documenten alsmede de wettelijke regelingen van andere landen interessante bronnen van inspiratie. Aan de internationale en buitenlandse ontwikkelingen kunnen tal van suggesties voor de inrichting van nieuwe Nederlandse wetgeving worden ontleend.

1. Inleiding

In Nederland is de afgelopen jaren een discussie ontstaan over de vraag of de Wet Bopz in de huidige vorm nog wel toekomstbestendig is. In dat kader wordt betoogd dat systeem en benadering van de wet achterhaald zijn, en dat de Wet Bopz zou moeten worden vervangen door een integrale nieuwe regeling.¹ Die nieuwe regeling wordt ook wel aangeduid als ‘behandelwet’.² In discussies en publicaties over deze ‘behandelwet’ wordt veelvuldig verwezen naar buitenlandse voorbeelden en ervaringen. In dit hoofdstuk gaan wij nader in op de achtergronden van de discussie rond de ‘behandelwet’, en bezien wij de inhoud van de Wet Bopz in een internationaal perspectief.³ De vragen die centraal staan zijn welke ontwikkelingen hebben zich de afgelopen decennia voorgedaan met betrekking tot de wetgeving inzake dwangopnemings-, zowel binnen Nederland als daarbuiten, en welke betekenis hebben deze ontwikkelingen voor de discussie over de toekomstbestendigheid van de Wet Bopz?

2. Rechtsbescherming in de psychiatrie

De vraag hoe de wetgeving met betrekking tot psychiatrische patiënten het beste kan worden ingericht, vormt min of meer permanent een onderwerp van maatschappelijke discussie. Sinds het begin van de negentiende eeuw is deze vraag op gezette tijden ge-

¹ Van Veldhuizen, 2004; Legemaate, 2004; Gevers, 2004; Widdershoven, 2006.

² Van Veldhuizen, 2004, 2006.

³ Legemaate, Frederiks & de Roode 2007.

steld en beantwoord. Die antwoorden varieerden al naar gelang de tijdgeest en de stand van de ontwikkelingen binnen de geestelijke gezondheidszorg. Vaak ging het om bepaalde perioden waarin de aandacht voor de betreffende wetgeving toenam, al dan niet na incidenten. Zo'n periode deed zich in de Europese landen bijvoorbeeld voor tussen 1975 en 2000. In de betreffende discussies zijn enkele constanten aanwezig. de belangrijkste daarvan in de verhouding tussen die belangen of invalshoeken zijn:

- het belang van de patiënt als rechtssubject;
- het belang van de patiënt als zieke;
- de belangen van andere personen;
- het belang van de samenleving als geheel.

Binnen deze verhouding kunnen zich accentverschuivingen voordoen. de hiervoor genoemde perioden van geïntensiverde aandacht voor de wetgeving vielen en vallen vaak samen met dergelijke accentverschuivingen. Voorbeelden van accentverschuivingen zijn:

- van de patiënt als zieke naar de patiënt als rechtssubject;
- van de belangen van de patiënt (als zieke en/of rechtssubject) naar de belangen van anderen of de samenleving als geheel.

Er kan uiteraard ook sprake zijn van ontwikkelingen vice versa. In alle gevallen gaat het erom een balans te vinden tussen de verschillende in het geding zijnde belangen (autonomie, bescherming van de patiënt tegen zichzelf, bescherming van de samenleving). Hoewel bepaalde trends en ontwikkelingen zich in meerdere landen kunnen voordoen is het niet zo dat – internationaal gezien – de neuzen steeds dezelfde kant op staan. Hoewel er op hoofdlijnen gesproken kan worden van een zekere harmonisering van wetgeving op mondiaal niveau, is er nog steeds sprake van aanzienlijke verschillen tussen landen, en soms zelfs binnen landen.⁴ de harmonisering betreft vooral het minimumniveau van rechtsbescherming, bijvoorbeeld op basis van de rechtspraak van het Europese Hof voor de Rechten van de Mensen. Daarboven bestond en bestaat veel variatieruimte, afhankelijk van de keuzen die binnen elke jurisdictie worden gemaakt. Die keuzen worden beïnvloed door tal van factoren, zoals het maatschappelijke klimaat, juridische tradities en cultuur, politieke machtsverhoudingen, sociaal-economische omstandigheden, organisatie en niveau van de geestelijke gezondheidszorg, organisatie en niveau van belendende sectoren (welzijn, huisvesting, sociale zekerheid). Deze factoren bepalen in belangrijke mate de (positieve en negatieve) effecten van wetgeving op het gebied van de psychiatrie en dienen nadrukkelijk te worden betrokken bij beoordeling van de relatie tussen wetgeving en feitelijke gegevens. Een duidelijk voorbeeld hiervan geven de cijfers over het aantal dwangopnemingen in een aantal Europese landen, waaruit blijkt dat van een lineaire relatie tussen het in de wet opgenomen criterium en het aantal dwangopneming (bijvoorbeeld: hoe strenger het wettelijke criterium hoe minder dwangopnemingen) geen sprake is.⁵ Er spelen veel meer factoren een rol dan het wettelijke criterium alleen.

Veel landen hebben voor het eerst in de negentiende eeuw wetgeving met betrekking tot de onvrijwillige opneming van psychiatrische patiënten tot stand gebracht. In Nederland waren dit de Krankzinnigenwetten van 1841 en 1884. Veel negentiende eeuwse wetten zijn tot ver in de twintigste eeuw toegepast. Pas in de laatste decennia van de twintigste

⁴ Zie de verschillen tussen de doelstellingen van de wetgeving in Bremen en Beieren (Legemaate, Frederiks, de Roode, 2007, p. 62-84).

⁵ Salize, Dreßing & Peitz, 2002, p. 39.

eeuw ontstond zowel binnen als buiten Europa een beweging die was gericht op de modernisering van de betreffende wetgeving. de belangrijkste drijfveer werd gevormd door de wens om zowel de kwaliteit van de GGZ-voorzieningen als de rechtspositie van de patiënt te verbeteren. Vanuit internationale organisaties werd er bovendien voor gepleit de wetgeving van de verschillende landen te harmoniseren, op basis van de algemene rechten van de mens. Een ‘landmark publication’ uit die periode was de rechtsvergelijkende studie van Curran en Harding, uitgevoerd in opdracht van de World Health Organization (WHO).⁶ Ongeveer tegelijkertijd werd binnen de jurisprudentie van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens een duidelijke trend tot versterking van de rechtspositie van de psychiatrische patiënt zichtbaar, op basis van interpretatie van de relevante bepalingen van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens, en in bijzonder art. 5 daaruit. In het voetspoor van deze ontwikkelingen werd zo rond de jaren negentig van de vorige eeuw in veel Europese landen, maar ook buiten Europa, de bestaande wetgeving aangepast of vervangen. In veruit de meeste gevallen stond daarbij het versterken van de rechten van de patiënt centraal.⁷

De ontwikkelingen na deze herzieningsronde van de psychiatrische wetgeving laat een veel gevarieerder beeld zien. Duidelijk zichtbaar is een tendens om een minder strikte visie te hanteren met betrekking tot de rechten van de patiënt, zowel in het belang van de patiënt zelf (ruimere mogelijkheden tot behandeling) als in het belang van anderen en de samenleving als geheel. Internationaal gezien leidt dat tot uiteenlopende ontwikkelingen. Zo is in Nederland thans een wetsvoorstel aanhangig dat moet leiden tot een verruiming van de mogelijkheden tot intramurale dwangbehandeling.⁸ In Angelsaksisch georiënteerde landen is een duidelijke tendens aanwezig om in de wetgeving meer aandacht te besteden aan drang- en dwangvormen buiten de muren van de instelling. In andere landen werden pogingen ondernomen om de wetgeving te verruimen, maar leidden deze pogingen (vooralsnog) niet tot resultaat. Genoemd kunnen worden het voorstel tot verruiming van de Engelse Mental Health Act en de poging om aan het Duitse Betreuungsrecht een mogelijkheid voor ambulante dwang toe te voegen. In beide gevallen kwam het verzet tegen de voorgestelde wijzigingen niet alleen van cliëntenorganisaties, maar ook van de kant van hulpverleners uit de geestelijke gezondheidszorg.

Anno 2008 is met betrekking tot de wetgeving inzake de opname en behandeling van psychiatrische patiënten van wisselende perspectieven sprake. de invalshoek van de rechtspositie van de patiënt lijkt enigszins aan betekenis te hebben ingeboet, ten gunste van andere belangen die bij psychiatrische dwang aan de orde zijn. Ook kan echter worden gesteld dat binnen de discussie over de rechtspositie van de patiënt sprake is van een accentverschuiving. Het gaat daarbij om een verschuiving van de traditionele ‘harde’ thema’s (zoals dwangopname en dwangbehandeling) naar andere aspecten van de rechtspositie, zoals het recht op behandeling, de kwaliteit van de zorg, en het tegengaan van discriminatie en uitsluiting. Dit kan worden getypeerd als een verbreding van de discussie over rechtspositie en belangenafweging. In internationale teksten en richtlijnen staat veel meer dan vroeger centraal het streven om het leven van mensen met een psychische stoornis te verbeteren.

⁶ Curran & Harding, 1978.

⁷ Legemaate, 1996.

⁸ Wetsvoorstel 30492.

2.1 Vormen van rechtsbescherming

Hoe ook op een bepaald moment de weging uitvalt tussen de verschillende hiervoor genoemde belangen, in meer of mindere mate speelt rechtsbescherming (van de patiënt of van anderen) een belangrijke rol. Rechtsbescherming is mogelijk op verschillende manieren. Ook kan de breedte van de rechtsbescherming variëren. Rechtsbescherming kan overwegend materieel gericht zijn (dat wil zeggen bescherming op basis van inhoudelijke criteria), overwegend procedureel, of op een combinatie van beide benaderingen zijn gebaseerd. Dat betekent dat een wetgever accenten kan leggen en accenten kan verschuiven. Dat maakt het bijvoorbeeld mogelijk een vermindering van de materiële rechtsbescherming te compenseren door een versterking van de procedurele rechtsbescherming.⁹

Effecten van rechtsbescherming, bijvoorbeeld voor de patiënt, kunnen niet simpelweg worden ‘afgelezen’ uit de tekst van een wettelijke regeling, maar vergen een analyse van onderling met elkaar samenhangende factoren. Een voorbeeld ter illustratie. Stel dat twee landen met betrekking tot de onvrijwillige opneming op de volgende wijze van elkaar verschillen:

- ♦ Land A: het criterium voor een gedwongen opneming is ‘gevaar’, de rechter beslist, de eerste opneming is mogelijk voor maximaal zes maanden, daarna zijn verlengingen van telkens maximaal een jaar mogelijk;
- ♦ Land B: het criterium voor een gedwongen opneming is ‘belang van behandeling’, een multidisciplinaire commissie beslist, de eerste opneming is mogelijk voor maximaal een maand, daarna zijn verlengingen van zes maanden (2 x) en een jaar (vanaf de derde verlenging) mogelijk.

In dit voorbeeld hoeft het niet zo te zijn dat land A, vanwege de elementen ‘gevaarscriterium’ en ‘rechterlijke beslissing’ per definitie de patiënt meer rechtsbescherming biedt. Wellicht leidt het systeem van land A tot een hogere ingangsdrempel, maar land B zou door de frequentere herbeoordeling van de noodzaak tot verlenging van de dwangopneming beter uit de bus kunnen komen op het punt van de duur van de maatregel. De mate van rechtsbescherming wordt dus niet per definitie bepaald door het overall-karakter van een wettelijke regeling (meer of minder juridisch georiënteerd), maar ook, en soms in overwegende mate, door het samenspel tussen bepaalde elementen uit de wettelijke regeling.

Een aparte vraag betreft de breedte van de rechtsbescherming. Wettelijke regelingen als de Wet Bopz hebben doorgaans een relatief beperkt bereik. De meest traditionele benadering is dat in de wet de criteria en procedures voor onvrijwillige opneming aan de orde komen, en – meer of minder uitvoerig – de interne rechtspositie van de patiënt. Een recentere generatie wetten besteedt ook aandacht, zoals verderop in deze studie zal blijken, aan (al dan niet gedrongen of gedwongen) zorg buiten de muren van de instelling. Maar een volledig concept van rechtsbescherming omvat ook andere thema’s, zoals non-discriminatie, toegang tot maatschappelijke voorzieningen, recht op behandeling, kwaliteit van zorg, additionele rechten (zoals het recht op procreatie).

⁹ Een voorbeeld is de nieuwe regeling van de dwangbehandeling in wetsvoorstel 30492. Tegenover een verruiming van de criteria staat de wettelijke plicht om in bepaalde gevallen de beslissing tot continuering van de dwangbehandeling vaker te evalueren dan de wet thans voorschrijft.

2.2 Effecten van wetgeving(swijzigingen), de verhouding tussen recht en ethiek

Wetgeving en wijzigingen daarvan zijn niet zelden bedoeld om maatschappelijke ontwikkelingen en invloeden te beïnvloeden of te faciliteren. Vanwege de relatie tussen wetgeving en andere factoren is dit een complex gebeuren. In het algemeen geldt dat de potentie van wetgeving om mensen aan te zetten tot een andere manier van handelen gering is. En als er door het inwerking treden of wijzigen van wetgeving al sprake is van veranderingen in praktijk of beleid, is er niet altijd sprake van een wijziging die overeenkomt met de vooraf geformuleerde doelstelling(en). Een standaardwerk op het gebied van psychiatrische wetgeving is de studie die de Amerikaanse psychiater Appelbaum in 1994 publiceerde. Op grond van een analyse van een groot aantal wijzigingen van Bopz-achtige wetgeving concludeert Appelbaum dat de dagelijkse praktijk zich nogal eens ontwikkelt op een andere wijze dan de wetgever voor ogen stond.¹⁰ Ter verklaring wijst Appelbaum onder meer op de relatie tussen recht en ethiek. In zijn visie is een wetswijziging bedoeld te mislukken als deze niet of onvoldoende aansluit bij het morele besef van de mensen die met de wet moeten werken. Ook hier geldt dat er geen sprake is van lineaire en evidente patronen, bijvoorbeeld waar het gaat om de houding van hulpverleners. Het is niet zo dat hulpverleners per definitie behoefte hebben aan ruime criteria voor dwangtoepassing en zo min mogelijk juridische bemoeienis. De literatuur bevat verschillende voorbeelden van situaties waarin juist hulpverleners gekant zijn tegen een uitbreiding van dwangmogelijkheden, bijvoorbeeld omdat zij dat als een bedreiging zien van de vertrouwensrelatie tussen hulpverlener en patiënt, omdat zij zich gedwongen zien een onwenselijke rol op zich te nemen (de hulpverlener als beschermer van de openbare orde) of omdat zij bevreesd zijn voor willekeur en machtsmisbruik. Dit is overigens in veel mindere mate aan de orde in situaties waarin hulpverleners van mening zijn dat door een verruiming van drang en dwang betere mogelijkheden ontstaan om een patiënt te behandelen.

3. Internationale ontwikkelingen

3.1 Internationale organisaties

Al voor de inwerkingtreding van de Wet Bopz was er sprake van relevante activiteiten van internationale organisaties. Sinds de jaren zeventig van de vorige eeuw wordt een belangrijke rol gespeeld door de rechtspraak van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) te Straatsburg, op basis van het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (EVRM).¹¹ In de loop van de jaren hebben het Comité van Ministers en de Parlementaire Vergadering van de Raad van Europa aanbevelingen gepubliceerd over de rechtspositie van psychiatrische patiënten (1983, 1994, 2004).¹² Relevant zijn ook het in 1997 tot stand gekomen, maar door Nederland nog niet geratificeerde, Biogeneeskundeverdrag van de Raad van Europa, en de richtlijnen van de Verenigde Naties (1991)¹³ en de World Health Organization (Resourcebook, 2005).¹⁴ Formeel vloeit uit deze ontwikkelingen geen harmonisering van nationale wetgeving voort. Wel bevatten de genoemde verdragen, rechtspraak en aanbevelingen

¹⁰ Appelbaum, 1994.

¹¹ Bartlett, Lewis & Thorold, 2007.

¹² Legemaate, 2005.

¹³ Rosenthal & Rubenstein, 1993.

¹⁴ World Health Organization, 2005.

minimumnormen, zowel waar het gaat om mensenrechten van de patiënt (ten aanzien van opname, behandeling en maatschappelijke positie) als om de kwaliteit van de verleende zorg. Op basis van deze verdragen, rechtspraak en aanbevelingen is een breed en veelomvattend referentiekader ontstaan met betrekking tot de rechtspositie van psychiatrische patiënten en daarop gerichte wetgeving.

3.2 Andere landen

Een eerste golf van wetgevingsherzieningen in vooral Europese landen speelde zich af rond de jaren tachtig en negentig van de vorige eeuw, en was vooral ingegeven door de wens om de rechten van patiënten te versterken.¹⁵ Twee ontwikkelingen deden zich daarbij voor:

- ♦ het toevoegen van rechtsbeschermende elementen aan de al bestaande wetgeving inzake de criteria en procedures voor onvrijwillige opname;
- ♦ het aan de wet toevoegen van bepalingen over de interne rechtspositie, waaraan tot dan toe in een aantal wettelijke regelingen geen aandacht werd besteed.

In een tweede golf van meer recente wetgevingsherzieningen zijn ook de afgelopen jaren de wetten van tal van landen aangepast of vervangen. Een belangrijk thema bij deze wetsherzieningen is: meer aandacht in de wet voor ambulante drang/dwang.

Globaal is er een verschil tussen continentaal Europa en de Angelsaksische landen. de wetgeving van de landen uit Continentaal Europa wordt gekenmerkt door striktere regelgeving, accent op gevaarsaspecten en rechterlijke besluitvorming. In deze landen is er (nog) relatief weinig aandacht voor ambulante drang of dwang. In de Angelsaksische landen (Australië, Nieuw-Zeeland, Schotland en tot op zekere hoogte Canada) ligt het accent meer op zorg- en beschermingsaspecten, en op beslissingsbevoegdheden van hulpverleners. In deze landen is er doorgaans sprake van ruimere criteria voor dwangopname en dwangbehandeling en wordt vaker gekozen voor toetsingsmogelijkheden achteraf door multidisciplinaire instanties dan voor voorafgaande rechterlijke toetsing. de ontwikkeling in de richting van ambulante drang/dwang is in de wetgeving uit de Angelsaksische landen duidelijk zichtbaar.

De meest in het oog springende bevinding op basis van de landenanalyses is de grote variatie van de inhoud van wettelijke regelingen. Dit geldt niet alleen in de vergelijking van landen uit Continentaal Europa met Angelsaksische landen, maar ook binnen Continentaal Europa. de wettelijke regelingen uit Duitsland, Finland, Nederland, Noorwegen en Oostenrijk verschillen op tal van punten aanzienlijk van elkaar, ondanks het in al deze Europese landen geldende internationaalrechtelijke kader (in het bijzonder het EVRM en de daarop gebaseerde rechtspraak). Dat illustreert eens te meer dat het internationale kader minimumnormen geeft, die in wetgeving bovendien op zeer uiteenlopende manieren kunnen worden uitgewerkt.

4. Hoe verhoudt de Wet Bopz zich tot de internationale ontwikkelingen?

Met betrekking tot de relatie tussen de Wet Bopz en de internationale ontwikkelingen is een eerste, formele vraag of elementen van de Wet Bopz in strijd zijn met bindende internationale regels (verdragsbepalingen of rechtspraak). Dat is slechts in een enkel geval aan de orde:

¹⁵ Curran & Harding, 1978; Kelk & Legemaate, 1990.

- ♦ artikel 21 Wet Bopz, afgeven geneeskundige verklaring voor een inbewaringstelling (IBS) door een gewone arts, terwijl het EVRM verlangt dat er sprake is van ‘objective medical expertise’ op basis van een deskundigenonderzoek. Een arts die geen psychiater is, mist de vereiste deskundigheid;¹⁶
- ♦ artikel 14h Wet Bopz: observatiemachtiging op basis van een vermoeden van een stoornis. de Hoge Raad oordeelde recentelijk dat een observatiemachtiging pas de toets van het EVRM kan doorstaan als er zekerheid is over de stoornis van de patiënt. Een vermoeden daaromtrent is, anders de huidige wet stelt, niet voldoende.¹⁷

De tweede vraag die in dit verband kan worden gesteld is meer beleidsmatig van aard: Hoe verhoudt de Wet Bopz zich inhoudelijk tot de teksten van internationale organisaties? Om deze vraag te kunnen beantwoorden moet worden onderscheiden tussen de materiële en de procedurele aspecten van de rechtspositie. Waar het gaat om de materiële aspecten, en in het bijzonder om de criteria voor dwangtoepassing, is de Wet Bopz, vergeleken met de bestaande internationale teksten, een nogal strikte wet, met relatief strenge en hoogdrempelige criteria. Internationale documenten bevatten nogal eens, in elk geval op papier, ruimere criteria voor dwangtoepassing. Op het punt van de procedurele rechtsbescherming bevindt de Wet Bopz zich op het punt van de voorafgaande rechterlijke instemming voor dwangopneming aan de strikte kant, maar ontbreken in deze wet tal van procedurele aspecten die in recente internationale documenten wel worden genoemd, in het bijzonder ten aanzien van dwangbehandeling. de internationale teksten onderscheiden zich dus op twee punten van de Wet Bopz:

- ♦ door meer ruimte te bieden voor wettelijke dwang;
- ♦ door op onderdelen de patiënt meer procedurele rechtsbescherming te geven.

Een belangrijke vraag is wat precies de betekenis en meerwaarde is van criteria en begrippen uit internationale regels. de criteria zoals opgenomen in de Wet Bopz gaan uit van het begrip ‘gevaar’. de aanbevelingen van de Raad van Europa en de Verenigde Naties hanteren het begrip ‘(immediate or serious) harm’, en laten ook ruimte voor dwangopneming ter voorkoming van een (ernstige) verslechtering van de gezondheidstoestand van de patiënt. Betoogd kan worden dat de Nederlandse rechter het gevaarscriterium inmiddels zo heeft geïnterpreteerd, dat het verschil tussen gevaar en ‘harm’ casu quo verslechtering van de gezondheidssituatie gering of zelfs non-existent is.¹⁸

De Wet Bopz biedt de patiënt op onderdelen dus een hoger niveau van rechtsbescherming dan is opgenomen in de, veelal op minimumnorm gerichte, relevante internationale verdragen en richtlijnen. Is het mogelijk het in de wet opgenomen niveau van rechtsbescherming te verlagen? Het antwoord op die vraag luidt in beginsel bevestigend, zij het dat rekening gehouden moet worden met het non-regressiebeginsel. Dit beginsel strekt ertoe nationale overheden te verhinderen een bepaald beschermingsniveau met een beroep op (ruimere) internationale normen te verlagen. De nationale wetgever heeft de bevoegdheid bestaande wetten aan te passen of te vervangen en kan daarbij kiezen voor een andere benadering van de in de wetgeving geregelde zaken; de vraag of een aangepaste wet een hoger of een lager beschermingsniveau biedt dan de huidige Wet Bopz is overigens niet eenvoudig te beantwoorden. Gekeken zal moeten worden naar de (eventuele)

¹⁶ EHRM 5 oktober 2000 (Varbanov tegen Bulgarije), *BJ* 2001, 37 (m.nt. W. Dijkers).

¹⁷ Hoge Raad 15 december 2006, *LJN* AZ 1112.

¹⁸ Zie Widdershoven, 2006, p. 497, die stelt dat Aanbeveling 2004 van de Raad van Europa evenals de Wet Bopz een gevaarscriterium hanteert.

nieuwe wettelijke regeling als geheel, en niet geïsoleerd naar onderdelen daarvan. Zo kan bijvoorbeeld het verruimen van criteria voor dwangtoepassing worden gecompenseerd door extra vormen van procedurele rechtsbescherming (zoals kortere termijnen of frequentere evaluatie). Dat kan betekenen dat een aanpassing van de wet niet zozeer tot een lager als wel tot een anders georiënteerd beschermingsniveau leidt, dat alles bij elkaar genomen nog steeds van een hoog niveau is. Niet uitgesloten is ook dat een lager niveau van rechtsbescherming kan worden ‘gecompenseerd’ door een versterking van het recht op behandeling casu quo een verbeterde beschikbaarheid van zorg.

5. Verbetersuggesties

Mocht in het verlengde van de reeds in gang gezette discussie over de ‘behandelwet’ op enig moment worden besloten tot vervanging van de Wet Bopz door een nieuwe wettelijke regeling, dan vormen de bestaande internationale documenten alsmede de wettelijke regelingen van andere landen interessante bronnen van inspiratie. Hieronder bespreken wij enkele verbetersuggesties die aan deze bronnen kunnen worden ontleend.¹⁹

Doelen en uitgangspunten

In een aantal buitenlandse wettelijke regelingen wordt expliciet aandacht besteed aan de doelen van de wet. Te overwegen is dat ook in Nederland te doen, in de titel van de wet of in een inleidende wetsbepaling. Dit biedt een mogelijkheid om duidelijk te maken dat de wet betrekking heeft op een combinatie van maatschappelijke motieven (voorkomen van gevaar en/of overlast) en motieven betreffende het belang van de patiënt. Dat laatste belang kan desgewenst ook voorop worden gesteld. Gewezen kan worden op de uitgangspunten die in de Schotse wet zijn opgenomen, maar ook op de titel van de wetgeving in Bremen (‘Gesetz über die Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten’). In aansluiting daarop kunnen in de wet ook aan de doelen gerelateerde uitgangspunten worden beschreven. Voorbeelden uit de onderzochte wettelijke regelingen zijn: het oogmerk om de mogelijkheden van de patiënt tot zelfbeschikking te herstellen, het beschermen van de persoonlijkheidsrechten van de patiënt en van zijn menswaardigheid, het zoveel mogelijk respecteren van de opvattingen van de patiënt en het bij voorkeur realiseren van een dwangopneming in de omgeving waar de patiënt woont. Het in de wet expliciet formuleren van doelen en uitgangspunten kan ertoe bijdragen dat alle stakeholders (patiënten, beroepsbeoefenaren, de samenleving) hun positie erkend zien. Het draagvlak voor de wetgeving kan daardoor toenemen en misverstanden over het doel van de wet kunnen worden weggenomen.

De relatie tussen regelingen als de Wet Bopz en wetgeving inzake de vertegenwoordiging van wilsonbekwamen

Een specifiek onderwerp is de relatie tussen regelingen als de Wet Bopz en de wetgeving inzake de vertegenwoordiging van wilsonbekwame patiënten. Die relatie kan er op verschillende manieren zijn. In de eerste plaats kan door het benoemen van een vertegenwoordiger in een aantal gevallen mogelijk worden voorkomen dat een dwangopneming nodig is. Hiervoor is onlangs ook in Nederland aandacht gevraagd.²⁰ Een nadeel van het Nederlandse systeem is de versnipperde inrichting daarvan, met aparte procedures en bevoegdheden voor de bewindvoerder, de mentor en de curator. In dat opzicht lijken de

¹⁹ Ontleend aan Legemaate, Frederiks & de Roode, 2007.

²⁰ Jongeleen & Mulder, 2006; Dawson, 2003.

modernere regelingen in Oostenrijk en – vooral – Duitsland (Sachwalter respectievelijk Betreuer) betere mogelijkheden te bieden voor vertegenwoordiging op maat, juist ook met betrekking tot psychiatrische patiënten. In het bijzonder de Duitse wetgeving lijkt kansen te bieden om de benoeming van een vertegenwoordiger in te zetten ter voorkoming van maatregelen op grond van regelingen als de Wet Bopz. de Oostenrijkse en Duitse vertegenwoordigingsmodellen kenmerken zich door één type vertegenwoordiger (wiens pakket van taken en bevoegdheden wordt afgestemd op het individuele geval) en door de inzet van, veelal aan stichtingen of verenigingen verbonden, professionele vertegenwoordigers. Dit model is ook voor Nederland te overwegen, maar vergt wel een ingrijpende aanpassing van het Burgerlijk Wetboek. In de tweede plaats kan de vertegenwoordiger een rol hebben bij een gedwongen opname in het belang van de patiënt zelf. Dit is aan de orde bij de Duitse Betreuer.

Ambulante drang/dwang

Een van de meest opmerkelijke bevindingen van het deelonderzoek naar internationale ontwikkelingen is de aandacht die in met name het beleid en de wetgeving van de Angelsaksische landen wordt gegeven aan ambulante drang en dwang. de wettelijke regelingen laten verschillende modellen zien. Soms lijken die in grote lijnen op de Nederlandse regeling van de voorwaardelijke machtiging, in andere gevallen gaat het om veel verder uitgewerkte mogelijkheden. In landen met al wat oudere wetgeving op dit punt (Australië en Nieuw-Zeeland) zijn overwegend positieve geluiden te horen over de inzet en prioritering van ambulante drang/dwang. Onderzoek naar de effecten van ambulante drang/dwang laat evenwel wisselende resultaten zien.²¹ Dit onderzoek maakt onder meer duidelijk dat effectiviteit en succes van wettelijke ambulante drang/dwang in sterke mate afhankelijk zijn van de beschikbaarheid en kwaliteit van ambulante voorzieningen. de aanbevelingen van de Raad van Europa uit 2004 trekken een grens bij actief verzet. In dat geval wordt ambulante drang/dwang afgeraden.

Cruciale vragen en meningsverschillen met betrekking tot ambulante drang/dwang zijn:

- ♦ is een ambulante maatregel, zoals wel gesteld wordt, inderdaad te beschouwen als een minder ingrijpende maatregel dan opname?;
- ♦ dienen in het geval van ambulante drang/dwang dezelfde of minder strikte criteria te gelden als bij een onvrijwillige opname?;

De vraag of, en zo ja in welke mate, in de Nederlandse situatie de voorwaardelijke machtiging zou moeten worden ‘uitgebouwd’ tot een regeling van ambulante drang/dwang naar Angelsaksisch model is niet eenvoudig te beantwoorden. Er kan wel worden geconcludeerd dat de accentverschuiving binnen de ggz naar ‘community care’ op het niveau van de wetgeving een duidelijker oriëntatie op ambulante zorg nodig maakt dan de Wet Bopz thans biedt.

Criteria voor onvrijwillige opname

Lijken de criteria zoals opgenomen in de teksten van bijvoorbeeld de Raad van Europa aan te sluiten bij het Nederlandse gevaarscriterium, de wettelijke regelingen van een aantal andere landen bevatten criteria die ontegenzeggelijk ruimer zijn – althans op papier – dan de Nederlandse. Ook het EVRM laat mogelijkheden open voor ruimere criteria dan de huidige Nederlandse. In de literatuur wordt met betrekking tot de criteria voor dwangopname een onderscheid gemaakt tussen twee oriëntaties: gevaar en

²¹ Hiday 2003.

noodzaak van behandeling. Het onderscheid tussen beide oriëntaties kan klein zijn: hoe ruimer gevaar wordt geïnterpreteerd, bijvoorbeeld door ook nadelen voor de gezondheidstoestand van de patiënt daaronder te begrijpen, hoe dichter gevaar en noodzaak van behandeling bij elkaar komen. Daarnaast is het ook maar de vraag hoeveel zelfstandige betekenis en impact een wettelijk criterium heeft. Dit wordt het best geïllustreerd door de Oostenrijkse situatie. In de Oostenrijkse wet is een gevaarscriterium opgenomen dat vrij strikt wordt uitgelegd. Niettemin is Oostenrijk een van de landen met het hoogste aantal dwangopnemingen per 100.000 inwoners.²² Als reden daarvoor wordt genoemd het ontbreken van voldoende ambulante alternatieven voor (gedwongen) opnemings. In dit voorbeeld is de beschikbaarheid van voorzieningen bepalend voor de impact van het wettelijke criterium dan de bewoordingen daarvan zouden doen vermoeden. Daarvoor bestaan ook andere aanwijzingen. In een aantal landen met ruimere criteria voor dwangopneming dan Nederland is het aantal onvrijwillige opnemingen per 100.000 inwoners nagenoeg gelijk aan of zelfs lager dan in ons land.

Een en ander doet de vraag rijzen of het aanpassen van wettelijke criteria, bijvoorbeeld door een switch te maken van gevaar naar noodzaak van behandeling, een meerwaarde heeft. Een argument om die switch wel te maken is dat misverstanden onder hulpverleners, die de wet strikter interpreteren dan op grond van de rechtspraak nodig is, weg worden genomen. Dat kan voor de praktijk wel degelijk van belang zijn.

Onafhankelijke instantie: rechter of multidisciplinaire commissie?

In de wetgeving van landen uit Continentaal Europa is het veelal de rechter die als onafhankelijke autoriteit beslist. In Angelsaksische landen, maar ook in Noorwegen, wordt deze rol door een multidisciplinaire commissie vervuld. Multidisciplinair houdt in: combinaties van – bijvoorbeeld – rechter, psychiater, leek, patiëntenvertegenwoordiger, maatschappelijk werker. Het onderscheid rechter – multidisciplinaire commissies heeft vooral te maken met juridische tradities en cultuur. Een systeemwisseling op dit punt zou in Nederland mogelijk een flinke ‘cultuurschok’ veroorzaken, maar is niet ondenkbaar of onmogelijk. Gewezen kan worden op de samenstelling van de in Nederland bij wet geregelde regionale toetsingscommissies euthanasie. Onderzoek naar multidisciplinaire commissies in Bopz-achtige wetten laat voordelen zien (eenvoudiger, sneller), maar ook nadelen (meer georiënteerd op therapeutische aspecten, minder op rechtsbescherming).²³

Recht op behandeling

Treft de overheid een dwangmaatregel jegens een burger, dan schept dat ook verplichtingen in termen van een recht op een ‘state of the art’ behandeling. Zie vrijwel alle internationale teksten alsmede buitenlandse wettelijke regelingen (bijvoorbeeld Schotland: het beginsel van reciprociteit). Uiteraard geldt dit ook in de Nederlandse situatie. In Nederland vloeit het recht op behandeling van een Bopz-patiënt voort uit andere wetgeving. Te overwegen valt dit recht expliciet in de Wet Bopz zelf op te nemen. de wet in Beieren noemt in aanvulling op het recht op behandeling ook het recht op een zinvolle dagbesteding. Een vergelijkbare bepaling is te vinden in de Noorse wet.

²² Salize, Dreßing & Peitz, 2002.

²³ Perkins, 2003.

Criteria voor dwangbehandeling, relatie met wilsbekwaamheid

Het onderzoek laat met betrekking tot dwangbehandeling tijdens het verblijf in de instelling een wisselend beeld zien. In landen als Australië en Nieuw-Zeeland is er min of meer sprake van een koppeling van dwangopneming en dwangbehandeling. In Continentaal Europa gaat het vaker om striktere regelingen die neigen naar het Nederlandse model (Bremen) of die zelfs nog strenger zijn, door het onder dwang behandelen van wilsbekwame patiënten uit te sluiten of sterk aan banden te leggen (Oostenrijk, in zekere zin Schotland). Ook op het niveau van de internationale organisaties is sprake van een discussie over dwangbehandeling die lijkt te neigen in de richting van een duidelijker onderscheid tussen wilsbekwame en wilsonbekwame patiënten dan tot nu toe het geval was. Niet geheel duidelijk is de positie van het Europese Hof: laat deze instantie het onder dwang behandelen van wilsbekwame patiënten wel of niet toe? de analyse van de rechtspraak van het EHRM geeft daarover geen uitsluitsel.²⁴ Zowel in de wetgeving van een aantal landen als in de literatuur²⁵ is evenwel sprake van een tendens in de richting van het uitsluiten of beperken van de mogelijkheid van dwangbehandeling van wilsbekwame patiënten. In januari 2007 amendeerde een Engelse parlamentscommissie de aanhangige Mental Health Bill zodanig dat onvrijwillig opgenomen patiënten die wilsbekwaam zijn niet onder dwang mogen worden behandeld.²⁶ de internationale tendens lijkt – samenvattend – te zijn: beperken van dwangbehandeling bij wilsbekwame patiënten en het verruimen van mogelijkheden tot dwangbehandeling bij wilsonbekwame patiënten.

Speciale regels voor fixatie en separatie

Fixatie en separatie worden in toenemende mate gezien als zeer ingrijpende maatregelen, die zo min mogelijk zouden moeten worden toegepast. Dit blijkt onder meer uit de Aanbeveling 2004 van de Raad van Europa en de Principles van de VN. In Noorwegen, Finland en Nieuw-Zeeland heeft dit reeds geleid tot specifieke regelgeving, waarin met betrekking tot fixatie en separatie extra strikte eisen worden gesteld.

6. Tot slot

In het bovenstaande hebben wij vanuit een breed perspectief getracht de actuele ontwikkelingen rond de Wet Bopz in kaart te brengen. Daarbij gaat het met name om ontwikkelingen op het niveau van internationale organisaties, en om ontwikkelingen in andere landen. Hieruit komen aspecten en elementen naar voren die een rol kunnen spelen in de Nederlandse discussie over de eventuele vervanging van de Wet Bopz door een nieuwe wettelijke regeling. de commissie die de in 2007 afgeronde derde evaluatie van de Wet Bopz begeleidde, heeft de conclusie getrokken dat de Wet Bopz niet toekomstbestendig is en vervangen dient te worden door een nieuwe regeling. de commissie formuleerde in

²⁴ Volgens Widdershoven, 2006, p. 499 volgt uit de rechtspraak van het EHRM dat wilsonbekwaamheid een voorwaarde is voor dwangbehandeling. Hendriks stelt zich in zijn noot onder het Wilkinson-arrest terughoudender op. Het Hof legt volgens hem een veel minder strikte relatie tussen dwangbehandeling en wilsonbekwaamheid (EHRM 5 april 2005 (Nevmerzhitsky tegen Oekraïne), *GJ* 2005, 63 (m.nt. A.C. Hendriks)).

²⁵ Onder meer Kelk & Legemaate, 1990, over de wetgeving in Ontario en Massachusetts; Van de Klippe, 1997; Doyal & Sheather, 2005; Bartlett, Lewis & Thorold, 2007, p. 131-132.

²⁶ *British Medical Journal* 2007, p. 113. de Mental Health Bill is de beoogde vervanger van de Engelse Mental Health Act 1983. Dit wetsvoorstel van de Engelse regering wordt al langer bekritiseerd, ook door organisaties van hulpverleners, vanwege het veel te grote accent op dwangmaatregelen.

haar eindrapport de daarbij in acht te nemen uitgangspunten.²⁷ In 2008 zal moeten blijken of er voor dit voorstel van de commissie in de samenleving en de politiek voldoende draagvlak bestaat. Wordt besloten de Wet Bopz inderdaad te vervangen door een nieuwe regeling, dan bieden internationale ontwikkelingen en voorbeelden tal van suggesties voor de inrichting daarvan.

Personalia

Prof. mr. J. Legemaate, mr. dr. B.J.M. Frederiks en mr. R.P. de Roode zijn respectievelijk als hoogleraar gezondheidsrecht, universitair docent en onderzoeker verbonden aan het EMGO Instituut, VU medisch centrum Amsterdam

Aangehaalde literatuur

Appelbaum 1994

P.S. Appelbaum, *Almost a revolution – Mental health law and the limits of change*. Oxford University Press: New York 1994.

Bartlett, Lewis & Thorold 2007

P. Bartlett, O. Lewis & O. Thorold, *Mental disability and the European Convention on Human Rights*, Leiden/Boston: Martinus Nijhoff Publishers 2007.

Curran & Harding 1978

W.J. Curran & T.W. Harding, *The law and mental health: harmonizing objectives*. Geneva: World Health Organization 1978.

Dawson 2003

J. Dawson, 'Choosing among options for compulsory care', in: K. Diesfeld & I. Freckelton (red.), *Involuntary detention and therapeutic jurisprudence*, Aldershot: Ashgate Publishing 2003, p. 133-153.

Derde Evaluatiecommissie 2007

Derde Evaluatiecommissie van de Wet Bopz. *Voortschrijdende inzichten...* Den Haag: Ministerie van VWS 2007.

Doyal & Sheather 2005

L. Doyal & J. Sheather, 'Mental health legislation should respect decision making capacity', *British Medical Journal* 2005; 329: 1467-1469.

Gevers 2004

J. Gevers, 'Wet Bopz: verbouw of nieuwbouw?', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2004; 28: 491.

Hiday 2003

V.A. Hiday, 'Coerced community treatment: international trends and outcomes', in: K. Diesfeld & I. Freckelton (red.), *Involuntary detention and therapeutic jurisprudence*, Aldershot: Ashgate Publishers 2003, p. 435-453.

Jongeleen & Mulder 2006

J.J.A. Jongeleen & C.L. Mulder, 'Bewind en curatele ter preventie van verloedering van psychiatrische patiënten', *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2006; 48: 395-398.

²⁷ Derde Evaluatiecommissie, 2007.

Kelk & Legemaate 1990

C. Kelk & J. Legemaate, Rechtsbescherming in de psychiatrie *Een rechtsvergelijkend perspectief*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Rechtsvergelijking 1990.

Klippe, van de 1997

C.J. van de Klippe, *Dwangtoepassing na onvrijwillige psychiatrische opname*, Nijmegen: Ars Aequi Libri 1997 p. 268-271.

Legemaate 1996

J. Legemaate, Involuntary admission to a psychiatric hospital: recent European developments. *European Journal of Health Law* 1996; 3: 15-32.

Legemaate 2004

J. Legemaate, 'Betere behandeling van zorgmijdende psychiatrische patiënten: discussie over de wetgeving niet isoleren van andere factoren en overwegingen', *NTvG* 2004; 148: 1130-1133.

Legemaate 2005

J. Legemaate, 'Psychiatry and human rights', In: J.K.M. Gevers, E.H. Hondius & J.H. Hubben (red.), *Health law, human rights and the Biomedicine Convention*, Leiden: Martinus Nijhoff Publishers 2005, p. 119-130.

Legemaate, Frederiks & de Roode 2007

J. Legemaate, B.J.M. Frederiks & R.P. de Roode, *Internationale ontwikkelingen* (deel 7 Derde Evaluatie Bopz). Den Haag: Ministerie van VWS 2007.

Perkins 2003

E. Perkins, 'Mental Health Review Tribunals', in: K. Diesfeld & I. Freckelton (red.), *Involuntary detention and therapeutic jurisprudence*, Aldershot: Ashgate Publishers 2003, p. 221-239.

Rosenthal & Rubenstein 1993

E. Rosenthal & L.S. Rubenstein, 'International Human Rights Advocacy under the Principles for the protection of Persons with Mental Illness', *International Journal of Law and Psychiatry* 1993; 16: 257-300.

Salize, Dreßing & Peitz 2002

H.J. Salize, H. Dreßing & M. Peitz. *Compulsory admission and involuntary treatment of mentally ill patients*. Mannheim: Central Institute of Mental Health 2002.

Veldhuizen, van 2004

J.R. van Veldhuizen, 'Van dwangopname naar dwangbehandeling – Wet Bopz voldoet niet', *Medisch Contact* 2004; 59: 766-768.

Veldhuizen, van 2006

J. R. van Veldhuizen, 'Naar een Wet Bijzondere Behandeling en Zorg in de Psychiatrie', in: T.I. Oei & M.S. Groenhuijsen (red.), *Capita selecta van de Forensische psychiatrie anno 2006*, Deventer: Kluwer 2006, p. 561-581.

Widdershoven 2006

T.P. Widdershoven, 'Na de Wet Bopz – Aandachtspunten voor een regeling van psychiatrische dwang', *Tijdschrift voor Gezondheidrecht* 2006; 30: 488-503.

World Health Organization 2005

World Health Organization, Resource Book on mental health, human rights and legislation, Geneva: WHO 2005.

Toekomstscenario's rondom Psychiatrie en Recht

J. R. van Veldhuizen

1. Toekomst en scenario's

Toekomstscenario's zijn pogingen om iets te voorspellen. 'Als zaken zich zò ontwikkelen...dan...zullen andere zaken zich zó ontwikkelen'. Eerst wordt dus iets gepostuleerd en nadien worden de effecten daarvan onderzocht. Op ieder gebied heeft een dergelijke proces forse onzekerheden, maar op het gebied van dwang en drang rond psychiatrische stoornissen misschien wel extra grote. Immers, er hangt zo veel met elkaar samen dat het al moeilijk is om iets te postuleren, laat staan de daarbij behoren scenario's uit te werken. Dat geldt ook voor de groep patiënten met ernstige psychotische stoornissen die nu vaak geen bereidheid tonen om antipsychotische medicatie te nemen. Zij worden nu, wanneer zij door hun stoornis een gevaar vormen, geconfronteerd met dwangmedicatie en dwangopname. Dat huidige scenario zou zomaar verdwijnen onder de volgende omstandigheden.

Er wordt een medicament uitgevonden dat antipsychotische werking combineert met een plezierig neveneffect: de gebruiker ervaart een lichte euforie en een positief zelfgevoel, terwijl het preparaat de psychotische ervaringen en opvattingen wegneemt.

Binnen tien jaar zie ik dat niet gebeuren, maar binnen 50 jaar lijkt dit zeker niet uitgesloten. Immers, er ligt een markt en een paar atomen extra links of rechts, dat moet onze industrie op den duur toch kunnen bewerkstelligen.

Het effect zou zijn: veel minder problemen door psychosen, veel minder of geen conflicten over gebruik van antipsychotische medicatie. Psychiaters, bemoeizorgers en Bopz-juristen zouden het rustiger hebben. Maar wanneer daarbij ongewenste bijwerkingen zouden optreden, zoals misbruik, afhankelijkheid of verslaving aan die nieuwe middelen, zou zich weer een anti-antipsychotica beleid moeten ontwikkelen.

Zullen dit soort preparaten ooit worden uitgevonden? En moeten we dat willen? Het is moeilijk de complicaties en ethische implicaties daarvan te overzien. Maar bij dat scenario, zal wetgeving rondom gedwongen behandeling of gedwongen opname veel minder belangrijk worden. En daarmee is het een goed voorbeeld van hoe relatief al onze inschattingen zijn. Een ander scenario is te beschrijven rond behandelinterventies in de GGz.

Er worden nieuwe wijzen van motiverende gespreksvoering, attractieve ondersteunende zorg en gespecialiseerde psychologische interventies ontwikkeld, waarmee het gelukt om patiënten over hun aversie tegen medicatie heen te helpen en om hen zo meer compliant te maken. Patiënten die moeite hebben met medicatie worden voor dat probleem behandeld met specifieke therapieën, waarbij ervaringsdeskundigen een grote rol spelen.

Zou dan de strijd rond medicatie en leefregels luwen? Het lijkt in ieder geval een heel belangrijk onderzoeksgebied dat de volgende jaren dieper moet worden geëxploreerd: waarom weigeren psychotische patiënten eigenlijk hun medicatie? Welke psychologische factoren spelen daarbij een rol, wat betekent het om uit een psychose te komen, kunnen

wellicht onorthodoxe interventies als EMDR¹ heftige gevoelens reduceren? Zou in een dergelijk onderzoek juist ook de ervaringsdeskundigheid die de laatste jaren een belangrijker plaats heeft gekregen een heel wezenlijke bijdrage kunnen leveren? Dit scenario lijkt al dichter bij dan het vorige. En het volgende scenario speelt zich reeds af;

Het landelijke project van GGZ Nederland dat zich richt op terugdringen van dwang en drang werkt met een belangrijke financiële impuls vanuit VWS in meer dan 40 instellingen aan een omslag in het beleid, waarbij binnen de grenzen van de Bopz toch wordt gepoogd om op allerlei manieren separaties terug te dringen. Hierbij wordt gewerkt met een imponerend scala van nieuwe interventies, zoals signaleringslijsten, vroege interventies, het eerder dringend aanbieden van medicatie, het daarbij betrekken van familieleden en/of ervaringsdeskundigen, werken met anders aangeklede afzonderingsruimtes, waar het personeel aanwezig blijft en met stelselmatige evaluatie met de patiënt ingeval een dwanginterventie heeft plaatsgevonden. Ook hierbij wordt ervaringsdeskundigheid benut. Verwacht wordt dat deze locale vermindering van separaties ook landelijk door zal zetten. Dit alles lukt, zonder dat daar ingrijpende wetswijzigingen aan ten grondslag lagen en deels ook zonder toename van (dwang)medicatie

Bovenstaande scenario's tonen hoezeer wetgeving rondom drang en dwang contextgebonden is. Ook geven ze aandacht aan gebieden waar mogelijk meer vernieuwingsimpulsen gewenst zouden zijn, voordat wetgeving wordt vernieuwd. Maar anderzijds weten we wel wat er op dit moment in de wetgeving niet goed werkt en wat we in de nabije toekomst aan de wetgeving willen veranderen. Daarom zal ik hier een verkenning doen rond de veranderingen in de Bopz, uitgaande van de huidige stand van zaken rond medicatie en psychosociale interventies. Ik voeg daarbij wel één eis toe, die voortvloeit uit de scenario's; nieuwe wetgeving moet mechanismen in zich bergen, waarmee in snel veranderende context steeds opnieuw de balans rond drang en dwang en afwenden van gevaar kan worden hervonden. Een nieuwe wet moet dus kunnen reageren op de context.

2. Behandelwet als reactie op falen de Wet Bopz

Het pleit voor een 'behandelwet' of een 'behandel- en zorgwet' wordt meestal opgebouwd vanuit de kritiek op de Bopz.² Zo onthoudt de wet soms effectieve behandeling aan niet wilsbekwame patiënten. Patiënten verblijven vaak onnodig lang on/onderbehandeld in de kliniek. Men veronderstelt dat mede door de Bopz teveel patiënten moeten worden gesepareerd. Anderzijds kunnen door de Bopz binnen gedwongen opnames moeilijk grenzen worden gesteld aan gedrag op afdelingen. Daarbij is de voorwaardelijke machtiging is niet het flexibele instrument, dat elders meer en beter gedoseerde ambulante drang mogelijk maakt. Het lijkt erop dat de BOPZ er aan heeft bijgedragen dat veel psychotische patiënten in de gevangenis verblijven en daar onvoldoende behandeld worden.

Met een dergelijke opsomming lijkt het pakket van eisen voor nieuwe wetgeving snel geformuleerd. Draai al die zaken terug, en we hebben onze 'behandelwet'. Maar zo eenvoudig is dat niet. Er zijn immers ook bedenkingen...

Niet alleen patiënten en juristen, maar ook veel psychiaters zitten niet te wachten op blanco volmacht van de psychiater, die alle wilsonbekwame mensen overal en altijd zou

¹ Eye Movement Desensitisation and Reprocessing.

² Van Veldhuizen, 2002, 2004.

kunnen behandelen. Velen vrezen dat nieuwe wetgeving kan leiden tot een vermindering van rechtswaARBorgen voor de patiënt en een grotere druk vanuit de maatschappij: overlast beleid. Ook is men bang dat meer ruimte voor dwang gemakszuchtig zal maken en remmend zal werken op andere wenselijke innovaties in de psychiatrie, zoals in bovenstaande scenario's. Door dit soort overwegingen is de term 'behandelwet' voor sommigen weinig aansprekend of zelfs een riskante ontwikkeling. Ik heb deze term 'behandelwet'³ in eerste instantie in 2003 geïntroduceerd om de discussie te kunnen voeren. Om een contrast te kunnen schilderen met de Wet Bopz als 'opnamewet'. Voor die eerste discussies en de *eye-opener* dat de Bopz inderdaad overdadig gericht is op de opname en niet op de behandeling, werkte dat goed.

Maar gaandeweg riep de term 'behandelwet' bij sommigen het schrikbeeld op dat psychiaters alleen maar denken aan invasief psychiatrisch en vooral medicamenteus behandelen; meer spuiten dan luisteren of overleggen.

Anderen begrepen uit de term 'behandelwet', dat de psychiatrie er alleen maar wilde zijn voor de 'behandelbare' patiënt. Dat wij ons wilden afkeren van niet-behandelbare patiënten. Aspecten van zorg, ondersteuning en begeleiding werden dus gemist. Dat was zeker niet de bedoeling. Geïnspireerd door de Schotse *Mental Health Care and Treatment Act*, ging ik vanaf 2005 daarom spreken over een 'Behandel en zorgwet'.⁴ Met deze nieuwe naam ontstond een nieuw misverstand. Sommigen veronderstelden dat binnen zo'n nieuwe wet geen gedwongen opnames meer zouden kunnen worden gerealiseerd. Anderen veronderstelden dat de nieuwe behandel en zorgwet zou gaan bestaan als een soort extra wetgeving, een bijwage naast de opnamewet BOPZ. Dat was nimmer mijn bedoeling. Opname, ook gedwongen opname, moet in een behandel en zorgwet een plaats hebben. Maar binnen een wet moeten we wel werken met een stepped care systematiek.

Daarnaast riep de naam 'Behandelwet en Zorgwet' vragen op of de GGz de beveiliging, het afwenden van gevaar voor de samenleving, wel serieus zou willen nemen. Dit is een belangrijke vraag. Men kan bezorgd zijn wanneer de psychiatrie teveel de 'gezondheids-politie' zou worden. Maar evenzeer zou men bezorgd kunnen zijn, wanneer de psychiatrie zich niet meer zou bekommeren om het gevaar voor de samenleving. Wanneer we de ontstaansgeschiedenis van de moderne psychiatrie bezien, zien we juist dat de psychiatrie de 'krankzinnigen' weghaalde uit gevangenissen en dolhuizen om hen in een meer zorgzame omgeving te plaatsen, ter beveiliging van de maatschappij en van hen. Ook in de toekomst zal de psychiatrie, om de gevaarlijke patiënt te behoeden voor uitstoting of gevangenis, zélf die beveiliging moeten organiseren. Pas dan zal de maatschappij het vertrouwen in de GGz hebben.

Zo kwam ik bij de term Wet Bijzondere Behandeling, Zorg en Beveiliging in de Psychiatrie.⁵ En ook die term zal wel niet overleven, bijvoorbeeld omdat het maatschappelijk aspect en de ambulante aanpak onvoldoende tot uiting komen.

Inmiddels pleit ook de Derde Evaluatie Commissie BOPZ (2007) voor een 'nieuwe wettelijke regeling', zonder dat zij die nieuwe wet een naam geeft. Wel staat ook voor die commissie vast dat zo'n regeling gericht zal moeten zijn op het trias zorg, behandeling en beveiliging met als nadrukkelijk doel de optimale sociale inclusie van patiënten.

³ 'Naar een nieuwe wet voor behandelddwang?'; Lezing Symposium Sectie Psychiatrie en Recht van de NVvP. Januari 2003, Heiloo.

⁴ Van Veldhuizen, 2005.

⁵ Van Veldhuizen, 2006.

2.1 Behandel en Zorgwet meer dan een reparatie

Inmiddels heeft de Derde Evaluatie commissie Bopz duidelijk gemaakt dat de huidige Wet Bopz in feite 41 reparaties nodig heeft, maar dat dit repareren niet voldoende zou helpen, omdat ook daarmee de wet niet toekomstbestendig zou zijn. Er zitten nadrukkelijk fouten in de ‘grondplaat’, in het fundament van de wet. Zo kent de Bopz anders dan veel Europese wetten geen preambule waarin een veilige behandeling van de patiënt en een optimale maatschappelijke integratie wordt nagestreefd.

Het doel van de Bopz is slechts zeer beperkt, namelijk gevaar ten gevolge van geestesstoornis af te wenden door opname. Dat is een gedateerde visie: bij gevaar opsluiten. Ook het feit of een patiënt al dan niet wilsbekwaam is, telt eigenlijk niet in de Bopz. Daardoor kan de positie van een vertegenwoordiger niet goed worden ingevuld.

De evaluatiecommissie heeft nog een ander basaal manco van de Wet Bopz blootgelegd. de wet is geschreven in een tijd van onoverbrugbare tegenstellingen en lijkt er van uit te gaan dat partijen elkaar niet zullen kunnen vinden. de evaluatie commissie heeft daarom suggesties gedaan voor een meer *verbindende* regeling.

Tenslotte is de BOPZ zeer ingewikkeld. de Bopz is een grillig bouwwerk met bergen van papier en gangenstelsels van modaliteiten. de observatie machtiging die in 2006 werd aangebouwd, wordt nauwelijks gebruikt. de zelfbindings-machtiging zal binnenkort van kracht worden, maar zal buitengewoon ingewikkeld uitvoerbaar blijken. Dat ligt niet alleen aan gebrek aan kennis bij partijen of aan onvoldoende voorlichting. de wet is zelf onduidelijk en ontoegankelijk. Al met al moeten we dus naar een nieuwe duidelijke wet.

2.2 Behandel en zorgwet: eerst de principes

De Evaluatie Commissie heeft in haar aanbevelingen een aantal aansprekende uitgangspunten en principes geformuleerd voor een nieuwe wettelijke regeling. Onder andere wil men op zoek naar consensus over het raamwerk van een nieuwe wet. En wat zou het goed zijn wanneer, zoals onlangs in Oostenrijk, een jubileum van een nieuwe behandel en zorg wet ‘gevierd’ zou kunnen worden. Daar kon men zeggen: ‘Dit hebben we met elkaar goed geregeld, de indicaties en de maatregelen zijn adequaat en het toezicht daarop en de rechtspositie van de patiënt zijn goed geregeld en het is nog uitvoerbaar ook’. Dat kon dus in Oostenrijk, maar ook in sommige Australische staten is er een brede consensus over wetten, die deels al vijftien jaar in bedrijf zijn. En Schotland gaf in 2003 een goed voorbeeld: daar kwam voordat men de wet ging uitschrijven eerst een deskundigencommissie tot consensus over grondprincipes voor nieuwe wetgeving.

Schotland noemde bijvoorbeeld het principe van de *reciprociteit*:

‘wanneer de maatschappij vindt dat u als patiënt zodanig gestoord bent dat u behandeling, zorg of opname onder dwang nodig hebt, dan is de maatschappij ook verplicht om zich in te spannen voor maatschappelijke integratie en adequate behandeling, ook nadat het dwangtraject is beëindigd.’

In veel landen is het doel ‘maatschappelijke inclusie’ een hoeksteen in de wet.

Omdat het gaat om processen waarin behandeling, zorg, maatschappelijke participatie en ervaring van de patiënt en familie een hoofdrol spelen naast het aspect veiligheid, zal er multidisciplinair moeten worden getoetst en gewogen. Een inhoudelijke beoordeling vanuit al die verschillende perspectieven is wenselijk. Dat gebeurt in sommige landen door

een driemanschap: onder leiding van een jurist, met daarnaast een psychiater en iemand die let op de maatschappelijke effecten en de impact van die maatregelen voor de patiënt. Natuurlijk moet daarbij de toegang tot de gewone rechter altijd gewaarborgd zijn.

Veel landen formuleren voor de wilsonbekwamen 'het recht op goede zorg'.

Principes van *stepped care* en het werken naar de minst restrictieve wijze vragen om maatregelen met speelruimte: transmuraal, niet locatiegebonden.

Tenslotte moet ervaringsdeskundigheid meer worden benut, bijvoorbeeld met de *advanced directives* zoals in Schotland. Daarbij geeft de patiënt formele aanwijzingen voorgeval de behandelaar opnieuw dwang moet toepassen. Doe het dan op deze, door de patiënt als minst negatief beoordeelde, wijze.

3. Een kijkje in de toekomst

Het is opeens tien jaar later, 2018. de nieuwe behandel-, zorg en beveiligingswet is in 2014 ingevoerd. Na de Derde Evaluatie BOPZ nam de regering de adviezen over en stond ook de kamer positief tegenover het initiëren van nieuwe wetgeving. In het proces van wetgeving werd (conform advies van de Derde Evaluatie Commissie) de systematiek van de totstandkoming van de belastingwet gevolgd. Tijdens het wetgevingsproces werd een brede multidisciplinaire consultatie gedaan, waaruit consensus groeide. Daardoor konden Regering en Parlement het licht sneller op groen zetten voor de nieuwe 'verbindende' regeling. de eerste 2-3 jaar waren er forse invoeringsproblemen. Maar nu, in 2018, geeft de eerste evaluatie het beeld van een werkzame wet, goed aansluitend bij de steeds dominantere Europese regelgeving. Met name is men tevreden over de wijze waarop in de wet mechanismen zijn ingebouwd, die de razendsnelle ontwikkelingen op gebied van psychofarmaca en andere vormen van gedragsbeïnvloeding op een ethisch verantwoorde manier een acceptabele plaats geven.

3.1 De werking van de nieuwe Zorg, Behandel en Beveiligingswet: kortdurend

Hoe werkt deze wet? Er is een nadrukkelijk onderscheid aangebracht in functie en doel van de acute interventies en de langer durende interventies. Bij de acute interventies gaat het om diagnostiek, triage, bescherming en beveiliging. Bij de langdurende interventies om behandeling, zorg, reïntegratie en zonodig beveiliging.

Acute psychiatrische dwang is flink afgenomen doordat de algemene acute zorg van karakter en structuur is veranderd. Als reactie op steeds meer gezinsdrama's, buurtconflicten en korte lontjesproblematiek is de acute hulpverlening van politie, psychiatrie, verslavingszorg, jeugdzorg, GGD en maatschappelijke werk onder gebracht in zogenaamde multi-teams.

Deze hebben ruime bevoegdheden. Aanhouding, verplichting tot meewerken aan onderzoek en vervoer naar ziekenhuis of elders zijn duidelijk gereguleerd.

Daarbij bewijzen vriendelijke 'afkoelunits' hun dienst. In deze afkoelunits kunnen personen voor 8 tot 48 uur verplicht verblijven in een soort hotelsetting. Men kan gebruik maken van crisisinterventoren en gespecialiseerde systeemtherapeuten om problemen op te lossen of oplossingstrajecten af te spreken. Gerelateerd aan de aanleiding van het verblijf op de afkoelunit kunnen ook dwingende vervolgafspraken worden opgelegd. Men kan pas vertrekken, wanneer afspraken zijn gemaakt over preventie van voor hen of anderen (met name ook voor kinderen) gevaarlijk of hinderlijk gedrag. Voor die afspraken zijn alle diensten van het multi-team en combinaties daarvan beschikbaar. de grote verschuiving ten opzichte van tien jaar geleden is dat er eerst wordt gekeken naar het gedrag en de

risico's daarvan (ook op langere termijn) voor kwetsbare personen en kinderen. Zo wordt 'afgerekend' op gedrag, tenzij een stoornis wordt geconstateerd.

De GGZ medewerker in zo'n multiteam screent op psychiatrische problematiek. Hij kan op ieder moment verdere psychiatrische diagnostiek of behandeling inzetten. Dat kan vrijwillig of met een kortdurende machtiging. Deze korte machtiging kent (afhankelijk van gevaar en van stoornis) twee modaliteiten:

- ♦ kort ambulant (met eventueel verblijf op een afkoelunit of een open afdeling)
- ♦ kort gesloten opname

Bij de korte gesloten machtiging is de psychiater gemachtigd om zonodig medicatie of andere behandelingen onder dwang aan te bieden om gevaar op de afdeling af te wenden. Tijdens de acute maatregel worden binnen korte tijd de globale diagnostiek, de behandelwensen en behandelmogelijkheden in kaart gebracht. Wanneer een vervolgmaatregel nodig wordt geacht, worden binnen drie weken diagnostische bevindingen voorgelegd aan de Commissie Psychiatrische Zorg (CPZ). de verklarend psychiater geeft in deze verklaring een oordeel over de noodzakelijke zorg, behandeling en beveiliging; hij betreft daarbij *advanced directives* en actuele visie van de patiënt. Hij gebruikt bij dat verslag de 'algemene geneeskundige verklaring',⁶ die een format omvat, waarin ook risicotaxatie instrumenten zijn opgenomen en een gestandaardiseerd onderzoek naar oordeelsvermogen. de CPZ gaat als driemanschap in gesprek met de partijen (patiënt, familie, behandelaars, eventueel OM). Dit driemanschap zal daarna globaal besluiten welke bevorderende en beperkende maatregelen worden opgelegd.

3.2 De werking van de nieuwe Zorg, Behandel en Beveiligingswet: langdurend

Wanneer een meer langdurige behandeling, zorg of beveiliging onder dwang nodig wordt geacht, heeft men de beschikking over drie verschillende machtigingen:

- a) De 'Algemene Transmurale Behandel en Zorg Machtiging'. Deze is bestemd voor niet wilsbekwame personen die gevaarlijk gedrag hebben getoond voor zichzelf of anderen, en die nadere diagnostiek en behandeling, zorg en beveiliging behoeven om ernstig nadeel voor henzelf af te wenden. In deze transmurale machtiging op maat staan de behandeldoelen en behandelmiddelen genoemd, uitgaande van een behandeling en zorg zoveel mogelijk buiten het ziekenhuis, gericht op behoud van sociale rollen. Voorgeval het ambulant niet lukt, wordt tevens geformuleerd welke (dwingende) vorm van klinische zorg is geïndiceerd. de maatregel duurt in eerste instantie drie maanden. Daarna te verlengen steeds voor drie of zes maanden. Bij deze maatregel is de behandelend psychiater de regisseur tussen kliniek of ambulant. de uitvoering van de machtiging wordt door de CPZ na afloop getoetst door de Raad op de minst restrictieve aanpak.
- b) Het 'Bindend Mentoraat'. Dit is er voor langdurig behandeling- en zorgbehoefte, niet wilsbekwame personen, die zorg en behandeling afwijzen en vooral ernstig nadeel voor zichzelf kunnen berokkenen. Zij hebben een inmiddels duidelijk gediagnosticeerd ziektebeloop, de behandelaars zijn op de hoogte van de optimale begeleiding onder de minst restrictieve omstandigheden. de 'Bindend Mentor' is een formeel vertegenwoordiger, die namens de patiënt kan optreden in maatschappelijke en behandelingsbesluiten, inclusief gedwongen opnames van een beperkte duur met omschreven

⁶ Dit in tegenstelling tot de vele verschillende huidige formulieren.

- ruimte voor gedwongen behandeling. In het kader van zelfbinding kan een patiënt een 'Zelfbindings Mentoraat' aanvragen.
- c) Psychiatrische patiënten die in het kader van hun stornis ernstig agressief gedrag of criminele activiteiten hebben getoond en/of daarvoor veroordeeld zijn krijgen een 'Forensische Behandeling, Zorg en Beveiligingsmachtiging', die van kracht is binnen gevangeniswezen en justitiële behandelsettings, maar ook in de GGZ ten uitvoer kan worden gelegd. de dosering van vrijheden en afdelingsregels gebeurt door de behandelaar, maar het uitbreiden van maatschappelijke vrijheden of het opheffen van de maatregel wordt getoetst door de CPZ.

3.3 De toetsing en het toezicht

De Derde Evaluatie Commissie heeft in haar rapport de vinger gelegd op het feit dat veel actoren die bij de bescherming van en het toezicht op de rechtspositie van de patiënt zijn betrokken in de Wet Bopz, deze taken niet (meer) volledig uitvoeren en zich door andere ontwikkelingen soms ook vervreemd voelen van die taken. Zo lijkt de Inspectie voor de Gezondheid Zorg (IGZ) toenemend de taken rond individuele beoordeling van dwangbehandelingen (die zij ex. Art. 38.7 Bopz behoort te doen) te zien als een belemmering in het door haar gewenste systeem en kwaliteitstoezicht. Daarom legt de Derde Evaluatie Commissie taken van toezicht bij een nieuwe Commissie Psychiatrische Zorg (CPZ), die zich specifiek op dat gebied zal richten en daartoe ook optimaal gemotiveerd zal zijn.

Eerder⁷ beschreef ik een 'Raad voor de Bijzondere Behandeling, Zorg en Beveiliging in de Psychiatrie' met een sleutelrol in dit systeem, naar voorbeeld van de Mental Health Review Boards in Australië. Vanuit die beide insteken valt een toekomstbeeld te schetsen.

De Raad voor de Bijzondere Behandeling, Zorg en Beveiliging naar Australisch model is een formeel ingesteld orgaan. Op patiënt niveau beoordelen regionale en lokale driemansschappen van jurist, behandelaar en familielid of ervaringsdeskundige multidisciplinair de aanvragen voor en uitvoering van machtigingen. Daartoe horen zij de patiënt, behandelaar, familie en advocaat van patiënt. Zij bepalen de noodzakelijke maatregel en ze zien toe op uitvoering daarvan. Daarbij wegen zij aspecten van veiligheid, behandelbehoefte, zorgbehoefte en maatschappelijke integratie. Bij 'bindend mentoraat' bepalen zij over welke levensgebieden het mentoraat zich uitstrekt.

Op landelijk niveau functioneert het 'Normatief College'. Hierin zitten juristen, patiënten, psychiaters, verpleegkundigen, ervaringsdeskundigen, familieleden, politie en andere maatschappelijke diensten, gedragswetenschappers en OM. Het Normatief College is bij uitstek een op consensus gericht college, dat binnen snel veranderende maatschappelijke situaties en snel veranderende effectieve wijzen van gedragsbeïnvloeding (zoals de eerder genoemde scenario's), zorgt voor een consensus rond acceptabele drang en dwang. Het 'Normatief College' stelt daartoe voor de vier maatregelen (korte en de drie lange machtigingen) richtlijnen en protocollen op. Daarin staan de behandel- /zorg- en beveiligingsmiddelen die behoren bij elk van de verschillende machtigingen. de behandelaar kent zo per maatregel de daarbij behorende ruimte voor gedwongen ambulante of klinische behandeling, zorg en beveiliging. Hij kan binnen die ruimte de eigen beslissing nemen en de behandeling vorm geven. de uitvoering wordt minstens eens per half jaar getoetst door de regionale driemansschappen van de Raad. Leidraad is daarbij of de behandelaar de noodzakelijke zorg en behandeling op de minst restrictieve wijze heeft toegepast.

⁷ Lezing bij emeritaat van Prof. Dr. W. van Tilburg, Amsterdam, 2007.

Naast deze reguliere toetsing kan de patiënt door tussenkomst van de PVP een extra toetsing of uitspraak vragen. Mocht de patiënt of PVP of advocaat het niet eens zijn met de tweede uitspraak van de Raad, dan kan beroep bij de rechter worden aangetekend.

Het model van de Derde Evaluatie Commissie lijkt in grote trekken op het hierboven geschetste model van de Raad. Men adviseert de instelling van regionale commissies voor psychiatrische zorg (CPZ) en een landelijk college. Een belangrijk onderscheid tussen de modellen is het feit dat de Derde Evaluatie Commissie de CPZ beschouwt als adviseur van de rechter, die uiteindelijk de mate van dwang zal bepalen. Dit model lijkt op de huidige euthanasiecommissies. In het voorstel van de Raad, is deze Raad een formeel ingesteld juridisch orgaan, of is de rechter de voorzitter van het driemanschap. Een mogelijk model is te ontleen aan de huidige penitentiaire kamer (van het Hof in Arnhem). In verdere wetgevingstrajecten zal dit een interessante discussie worden, waarbij de spanning tussen optimale rechtsbescherming en een werkzaam systeem zonder teveel schijven vraagt om creatieve oplossingen.

Binnen dit nieuwe systeem wordt vanzelfsprekend gewerkt met geavanceerde ICT en informatieprocessen. Zo heeft de Raad de beschikking over de eerdere beslissingen, verklaringen en informatie over de uitvoering door de GGZ van de opgelegde maatregelen.

4. Tenslotte: de nabije toekomst

De tijdmachine brengt ons weer terug in 2008. de toekomstvisie moet niet afleiden van de actuele discussie die in 2008 speelt over het Regeringsstandpunt ten aanzien van de Derde Evaluatie. Deels zijn bovenstaande ideeën te weinig uitgewerkt of juist te veel in een bepaalde richting geplaatst, waardoor ze kunnen afleiden van het nu noodzakelijke proces van het vinden van consensus. Want dat is het belangrijkste proces op weg naar nieuwe wetgeving: wat willen we eigenlijk bieden aan de patiënt.

In de nabije toekomst, liefst dit jaar nog, zouden we daarmee moeten starten. Dat moeten we verder met alle betrokkenen verkennen. Een door GGZ Nederland en Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) voorgesteld proefproject met regionale commissies zou daarbij een rol kunnen spelen. Voorgesteld is om deze commissies binnen de structuur van de huidige wetgeving Bopz te laten adviseren aan de Directeur Geneesheer in geval van (langer durende) dwangbehandeling. Zo zou eerste ervaring met regionale driemanschappen, bestaande uit juristen, psychiaters en maatschappelijk vertegenwoordigers (familie, ervaringsdeskundigen) kunnen worden opgezet. Deze regionale commissies zouden tevens een landelijk college moeten vormen, waarin werkwijze en bevindingen worden uitgewisseld en naar een zekere uniformiteit wordt gestreefd. Daarnaast zou dat landelijk college een rol kunnen spelen bij de totstandkoming en opstart van een multidisciplinaire richtlijn commissie, als vervolg op de monodisciplinaire richtlijn commissie die in 2008 vanuit de NVvP zal rapporteren.

Dit zouden nuttige eerste concrete stappen kunnen zijn naar consensus, die ook de toekomstige wetgevende arbeid kan ondersteunen. Immers, het gebruik van drang en dwang in de behandeling en zorg van ernstig gestoorde psychiatrische patiënten vraagt erom dat we met grote innovatieve kracht en een nadrukkelijker wens tot consensus aan de praat gaan. Wij kunnen patiënten, psychiaters en andere betrokkenen niet blijven veroordelen tot een verouderde regeling.

Personalia

J.R. van Veldhuizen, psychiater, Directeur Zorgontwikkeling GGZ NHN

Aangehaalde literatuur**Evaluatie**

Evaluatie Wet BOPZ III, (2007, mei). Evaluatierapport: Voortschrijdende inzichten, Ministerie van VWS, Den Haag.

Van Veldhuizen

Veldhuizen, J.R. van (1998). Zorgverlamming. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 53 (12), p.1175 – 1186.

Van Veldhuizen

Veldhuizen, J.R. van (2002). Dwang in de Psychiatrie. *Medisch Contact*, 57 (12), p.443.

Van Veldhuizen

Veldhuizen, J.R. van (2004). Van dwangopname naar dwangbehandeling. *Medisch Contact*, 59 (19), p.766-768.

Van Veldhuizen

Veldhuizen, J.R. van (2005). *Wet Bijzondere Behandeling en Zorg in de Psychiatrie*. *Jaurnal Ggz en Recht*, 1 (2), 23-27.

Van Veldhuizen

Veldhuizen, J.R. van, M. Bähler & W. Teer (2006). Fact: de 'Functie ACT'. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 61 (6), p.525-534.

Van Veldhuizen

Veldhuizen, J.R. van (2006). Naar een Wet Bijzondere Behandeling en Zorg in de Psychiatrie, in: T.I. Oei & M.S. Groenhuijsen (red.), *Capita Selecta van de forensische psychiatrie anno 2006*, p.561 – 582. Kluwer, Deventer.

Heeft het medicijn van de zorgvernieuwing niet dringend behoefte aan een bijsluiters?

Een terugblik, de feitelijke stand van zaken en een vooruitblik

L.H.W.M. Kaiser en B. van der Werf

1. Inleiding

De geestelijke gezondheidszorg en de forensische zorg zijn beide een sterke ontwikkeling doorgemaakt, en daaraan lijkt voorlopig nog geen eind gekomen. de geestelijke gezondheidszorg is die ontwikkeling gestart in de jaren vanaf eind jaren tachtig met de deïstitutionalisering en de extramuralisering. de zorgvernieuwing werd in het leven geroepen en er kwam een fusiegolf over de GGz. Eind jaren negentig werden de beperkingen van die ontwikkeling gezien en kwam de zorg voor verloedering en verkommering, en werd de roep om meer mogelijkheden tot toepassen van dwang groter. de gevaarscriteria werden uitgebreid in de Bopz en er werd een mogelijkheid gecreëerd van voorwaardelijke machtiging. Het aantal opnames met rechterlijke machtiging nam sterk toe, verdubbelde bijna. Tegelijkertijd volgde de ontwikkeling van forensische afdelingen op het terrein van de psychiatrische ziekenhuizen. Nu volgt er een sterke uitbreiding van tbs plaatsen, komen er nieuwe voorzieningen zoals de longstay en longcare maar ook zoals het langdurig gesloten verblijf van delinquenten verslaafden zoals in Drenthe. Wat kunnen we de komende tien jaar verwachten bij gewoon doorgaan zoals nu voorzien en gepland; welke voetangels en klemmen moeten voorkomen worden, en wordt het niet de hoogste tijd om de balans op te maken en lessen te trekken voor de toekomst. In dit hoofdstuk zal de huidige ontwikkeling geschetst worden vanuit een kritische noot daarover om vervolgens verwachtingen en een roep om voldoende zorg uit te spreken voor de mensen met langdurige en complexe psychiatrische problematiek zodat die niet opnieuw verdwijnen in het anonieme asyllum dat door Goffman in 1961 beschreven is.¹

2. Wie doet wat - in getallen

Er is een verschuiving van de plaats waar patiënten met langerdurende psychische problemen verblijven. de verkleining van de psychiatrische ziekenhuizen die in de jaren negentig gestart is, is erop gericht om de zorg voor mensen met psychische stoornissen dicht bij huis in de maatschappij te laten plaatsvinden met zo veel mogelijk vermaatschappelijking. de klinische zorg zou vervangen worden door minder inperkende vormen van hulp, zoals beschermd wonen, begeleid wonen, semimurale zorg, ambulante begeleiding, assertive community treatment. Veel mensen die voorheen langdurig in het psychiatrisch ziekenhuis verbleven, hebben er baat bij gehad maar er is een groep kwetsbare veelal psychotische personen met daarbij vaak ook persoonlijkheidsproblemen en middeengebruik die een omgeving nodig hebben die hen ruimte geeft binnen een beschermt sociaal klimaat: 'kwetsbaar in het kwadraat'. Koekkoek beschrijft dat deze kwetsbare groep van moeilijke patiënten die buiten de zorg valt vooral bestaat uit patiënten die wel hulp zoeken maar die gedrag vertonen dat ambivalent is en als moeilijk en als ziek geduid kan

¹ Goffman, 1961.

worden.² Het lijkt er op dat de zorg voor juist deze groep mensen verschoven is van VWS (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) naar Justitie en dat kan nooit de bedoeling zijn geweest. Oei stelt: ‘veel van de mensen in de tbs hebben al een indrukwekkende reeks ggz-opnames achter de rug, hebben al of niet de zogeheten staat van veelpleger en vormen het moeilijkste gedeelte van de patiëntenpopulatie voor psychiaters en psychologen’.³ Het ontbreken van niet-justitiële alternatieven voor ‘gestoorde en gevaarlijke’ delinquenten, de toename van het aantal jeugdige geweldsplegers en de aanwezigheid van mensen met een uitgebreid justitieel verleden, wordt reeds in 2002 genoemd.⁴ Er is een forse toename van forensisch psychiatrische bedden de laatste jaren waarvan een groot deel van de populatie voorheen in de reguliere psychiatrische ziekenhuizen te vinden was. Het aantal personen met een psychiatrische stoornis in huizen van bewaring en gevangenissen is hoog, ongeveer 8 tot 10% van de in totaal bijna 16.000 cellen. En de ontwikkeling richting forensische psychiatrie zet zich voort, de tbs bedden zullen uitbreiden; het Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatiecentrum (WODC) heeft bevestigd dat de tbs-sector de komende jaren met ruim driehonderd plaatsen zal moeten uitbreiden. Daarbinnen is een sterke toename van mensen met psychotische stoornissen van 1% in 1998 tot nu een derde deel van de populatie. Uit onderzoek van het voormalige Meijers Instituut is al gebleken dat veel tbs-gestelden eerder werden behandeld in onder meer de algemene geestelijke gezondheidszorg. Aantoonbaar is dat in het gevangeniswezen en Tbs-klinieken een groot aantal personen verblijft dat eerder in contact is geweest met hulpverlening en GGz. Nog niet duidelijk is wat hiervan de oorzaken zijn. Uit onderzoek van Van Panhuis blijkt dat de forensische psychiatrie de custodiale functie van de reguliere ggz heeft overgenomen.⁵ Samenhangend met de deinstitutionalisering is er een andere groep zorgwekkende patiënten: van de 25 tot 30.000 dak- en thuislozen heeft tussen de 15 tot 40%, afhankelijk van de wijze van schatting en definiëring van de problematiek, te kampen met psychiatrische stoornissen en verslaving; geschat wordt 10.000 mensen. Maar ook al zijn deze mensen in beeld dan nog wil dat niet zeggen dat ze de zorg krijgen of dat die zorg ontwikkeld wordt die nodig is. In 2002 werd geschat dat 72.000 mensen lijden aan chronische psychiatrische problematiek waarvan tweederde in begeleiding is bij de geestelijke gezondheidszorg. Van die 48.000 mensen zijn 20.000 opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis of verblijven in een beschermende woonvorm. Er is helaas eenderde van het totaal niet in zorg, zo’n 24.000 mensen waarvan een deel zich niet in de ‘gewone maatschappij’ kan handhaven, meerdere problemen tegelijkertijd heeft en mogelijk verloedert terwijl de hulpvraag niet aansluit bij de reguliere hulpverlening. Van Vliet stelt de vraag of er een oorzakelijk verband bestaat tussen deze voor sommige groepen beperkte toegankelijkheid van de GGz en het gegeven dat een deel van deze mensen die in de GGz niet de adequate hulp kunnen krijgen, vroeg of laat met politie en justitie in aanraking komen.⁶ Een deel van deze vraag kan wellicht worden beantwoord met de aanname dat een toename van het aantal dak- en thuislozen en de daarmee samenhangende criminaliteit en overlast deels aan de vermaatschappelijking van de GGz is toe te schrijven. In het plan tegen verloedering en overlast van het Ministerie van VWS wordt vooral aandacht gegeven aan de overlastgevende zorgmijders: psychia-

² Koekkoek, 2006.

³ Oei, 2005.

⁴ Ministerie van Justitie, DJI, 2002.

⁵ Van Panhuis, 1997.

⁶ Van Vliet, 2006.

trie, verslaving en dakloosheid.⁷ In haar plan wordt gericht op versterking van bemoeizorg waarin de GGz een belangrijke rol heeft, wil men in vijf jaar 24.000 mensen uit deze groep in beeld hebben en wil men 10% per jaar in zorg krijgen. Maar daarmee is onvoldoende geschetst hoeveel geïnstitutionaliseerde zorg daarvoor nodig is. Bovendien moet bij die schatting rekening gehouden worden met de groep mensen die op andere manieren geïnstitutionaliseerd zijn in gevangenis of forensische setting terwijl die ook tot de doelgroep van de psychiatrische ziekenhuizen zouden moeten horen. de forensische zorg breidt zich in het gevangeniswezen uit; er komen zeshonderd plaatsen voor forensische zorg geclusterd in vier inrichtingen en zevenhonderd plaatsen voor gedetineerden met extra zorgbehoeften. In Nederland zijn er 16.000 cellen beschikbaar. In het penitentiaire complex Scheveningen heeft 71 procent van de gedetineerden in het voorgaande jaar een psychische stoornis, verslavingsproblematiek of een combinatie van beide vertoond. In Nederland blijkt een kwart van de gedetineerden een psychiatrische stoornis te hebben, bij 10% is inschakelen van een psychiater nodig en bij 4% is de stoornis zo ernstig dat behandeling binnen de penitentiaire inrichting ontoereikend zou zijn. Daarbij komen combinaties van ernstige ziektebeelden, van psychotische stoornissen of depressie met persoonlijkheidsstoornissen en verslaving veel voor. Over zorg in detentie houdt D. Daniëls een pleidooi in een hoofdstuk in dit boek. de APZ-en hebben daarentegen sinds begin jaren zestig met name in de langdurige zorg, ongeveer 10.000 bedden vermindert of gesubstitueerd.⁸ Bovendien kent ieder psychiatrisch ziekenhuis nog wel enkele patiënten waarvan men vindt dat die eigenlijk 'bij justitie horen'. Conclusie is dus dat de wet van Penrose uit 1939 nog steeds opgaat: hoe leger de APZ-en, hoe voller de gevangenissen en omgekeerd. Alhoewel de verklaringen hiervoor ter discussie staan, blijkt die wetmatigheid nog steeds op te gaan.⁹

3. Wie doet wat - als casus

De volgende drie casus schetsen de problematiek op het snijvlak van Justitie en GGz waarvan verwacht wordt dat die problematiek zal toenemen. Het betreft met name mensen met agressief gedrag, omdat dat een groot probleem is in de geestelijke gezondheidszorg en met name in de kliniek. Het blijkt dat vooral patiënten met een voorgeschiedenis met reeds agressie, die meerdere malen opgenomen zijn geweest, vaak jong zijn, mogelijk een hersenaandoening hebben, lijden aan schizofrenie of een persoonlijkheidsstoornis en onvrijwillig opgenomen zijn de meeste kans geven op agressief gedrag.¹⁰ Zij worden opgevangen op het grensvlak van Justitie en GGz waarbij eenieder met de vinger naar de ander wijst; het is de groep met gedrag dat zowel ambivalent als moeilijk is, dat als verwijtbaar en strafbaar maar evenzeer als ziek geduid kan worden.

Casus 1

X is een jongeman van 29 jaar die opgenomen is in een psychiatrisch ziekenhuis en lijdt aan een chronische paranoïde schizofrenie. Hij hoort stemmen van duivels die hem uitschelden en opdrachten geven. Hij denkt chaotisch, is continu psychotisch en lacht veel oninvoerbaar. Hij praat soms hardop in zichzelf waarbij hij opgejaagd en dreigend over komt. Hij gebruikt geregeld drugs met name speed. Om dat te bekostigen zet hij andere

⁷ Ministerie van VWS, 2004.

⁸ Van der Werf, 2003.

⁹ Gunn, 2000.

¹⁰ Kraus, 2004.

patiënten onder druk om hem geld te geven en het lukt hem via anderen om ook drugs in de kliniek te krijgen als hij zelf geen vrijheid heeft. Als hij speed gebruikt heeft is hij opgefokt, gejaagd, praat hij meer in zichzelf en is heftig psychotisch en soms agressief. Er is dan geen gewoon gesprek meer met hem te voeren; hij ijsbeert en wrijft in zijn handen of maakt magische gebaren. Andere patiënten zijn bang voor hem omdat hij schreeuwt als ze in zijn buurt komen. de verpleegkundige stuurt hem naar zijn kamer vanwege de forse overlast die hij geeft. Hij wordt daarop kwaad, grijpt haar met beide handen naar de keel, drukt haar tegen de grond en sleurt haar zo mee door de gang naar de voordeur, waar hij haar gebiedt om de deur open te maken. Inmiddels heeft een andere verpleegkundige het alarm ingedrukt omdat het slachtoffer daar zelf niet toe in staat was. Ze wordt bevrijd uit deze benarde situatie en de patiënt wordt gesepareerd. Het gebeuren heeft grote indruk gemaakt op de verpleging, en betreffende verpleegkundige blijft getraumatiseerd ziek thuis. Er wordt direct aangifte gedaan en de patiënt wordt 'meegenomen naar het bureau'. Het team houdt een *debriefing* waarin het gebeuren besproken wordt. de mening van de meesten is dat deze man thuishoort bij Justitie: 'echt iemand voor de tbs; zo'n agressief persoon hoort toch niet in de GGZ; we kunnen er niets mee, want hij is vooral antisociaal en agressief. Moeten we hem dan hier altijd opsluiten en dan alle agressie van hem omdat hij niet naar buiten mag over ons heen laten komen?' Na een dag insluiting in het politiebureau komt patiënt terug op de afdeling; het gebeuren wordt juridisch een lichte mishandeling genoemd en het strafrecht kan er niets mee.

Casus 2

Y is een man van 35 jaar uit Senegal met een chronisch paranoïde psychose en een persoonlijkheidsstoornis. Hij is in de oorlog getraumatiseerd, is gevlucht en kwam in Nederland. Vanwege verward handelen in het AZC werd hij opgenomen in de psychiatrische kliniek. Daar pleegde hij driemaal brandstichting op zijn kamer. Hij werd gearresteerd en in hechtenis genomen. Er werd over hem multidisciplinair gerapporteerd en hij kreeg een vonnis met een art. 37 plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis. Hij komt op dezelfde afdeling terug omdat er geen reden meer is om hem in detentie te houden en omdat er geen plaats is op een forensische afdeling. Daar pleegt hij wederom brandstichting. de aangifte wordt geseponereerd omdat hij voor gelijklopende delicten kort tevoren als ontoerekeningsvatbaar ingeschat is. Reden voor een tbs is er niet omdat er geen gevaar is voor andere mensen. de afdeling van het ziekenhuis en alle kamers zijn immers goed beveiligd tegen brand.

Casus 3

Mw. Z is reeds jarenlang in behandeling binnen de psychiatrie en was geregeld opgenomen. Zij lijdt aan een borderline persoonlijkheidsstoornis in ernstige vorm. Zij verblijft voor de zoveelste keer in het huis van bewaring omdat zij verschillende malen een hulpverlener fors bedreigd heeft met de dood. 'Ik zeg zoiets wel maar ik zal het echt nooit doen'. de laatste keer was ze echter ontzettend kwaad omdat de ambulante hulpverlener geen opname voor haar wilde regelen in het psychiatrisch ziekenhuis waar ze kort tevoren uit ontslagen was, omdat ze daar de hulpverlener fors bedreigd had. de ambulante hulpverlener wilde wel thuiszorg voor haar regelen en extra medicatie, maar opname was niet mogelijk omdat het psychiatrisch ziekenhuis haar weigerde. Daarop werd ze zo kwaad dat ze met een mes naar die hulpverlener gestoken heeft, die er een kleine verwonding op zijn arm door opgelopen heeft. Zij uitte daarbij bedreigingen met de dood. In het huis van bewaring wordt er over haar gerapporteerd door forensische deskundigen. Ze heeft bij een verminderde toerekeningsvatbaarheid klinische behandeling nodig in het ka-

der van bijzondere voorwaarden maar geen enkel psychiatrisch ziekenhuis wil haar opnemen. Er is geen reden voor een tbs of gedwongen plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis. Justitie vindt dat ze in de GGz hoort maar de GGz kan niets doen. Uiteindelijk blijft ze in de gevangenis tot ze haar straf uitgezeten heeft en moet Justitie haar weer op straat zetten, wetende dat ze spoedig met een recidive terug zal komen bij Justitie.

4. Vice versa: justitie - geestelijke gezondheidszorg

Deze casus zijn illustratief voor een aantal patiënten in de GGz en in gevangenissen en huizen van bewaring. Er verblijven zo ongeveer 1500 patiënten met een psychische stoornis bij Justitie. Maar omgekeerd vindt het psychiatrisch ziekenhuis dat zij een aantal patiënten heeft die toch, minstens tijdelijk, bij Justitie horen of die een justitieel verleden hebben. In een willekeurig psychiatrisch ziekenhuis in Nederland met 84 bedden op de voortgezette en langdurige zorg blijkt bijna een kwart Justitie contact te hebben vanwege het strafrecht (20 personen). Daarvan heeft de helft (tien personen) voor hun opname een strafrechtelijke veroordeling gehad vanwege een delict dat samenhangt met de problematiek, terwijl de andere helft tijdens de opname een delict gepleegd heeft waardoor ingrijpen van Justitie nodig was. Bij veel van deze personen doet zich de discussie voor zoals in de casus geschetst is. Het is te verwachten dat dit aantal zal toenemen of minstens gelijk zal blijven door verschuiving van de problematische patiëntengroep tussen Justitie en GGz. de vroegere GGz populatie komt weer terug, maar dan nu binnen vijf meter hoge hekken, op het terrein van het psychiatrische ziekenhuis. Er worden grootschalige conglomeraten gebouwd van tbs-kliniek, long care en dubbele diagnose problematiek, van GGz naar Justitie en weer terug. Het is wachten op de volgende verschuiving waarin afbouw van de grote forensische conglomeraten voorgestaan wordt naar gewoon wonen op het terrein van het ziekenhuis, maar dat zal nog lang duren omdat we midden in de verschuiving zitten van: weg uit de GGz kliniek en terug middels de forensische kliniek. Er zijn voorbeelden genoeg van mensen die voorheen jarenlang in een psychiatrisch ziekenhuis verbleven zouden hebben maar die vanwege de extramuralisering of deinstitutionalisering ontslagen zijn, of niet opgenomen, en die via het forensische circuit terug komen, echter na een delict gepleegd te hebben vanuit hun psychische stoornis. de deinstitutionalisering is daarin doorgeschoten. de tbs instellingen hebben toenemend de asiel functie gekregen, die voortkomt uit het loslaten van de asiel functie van de reguliere GGz.¹¹

Na jarenlang aandringen door de Nederlandse overheid is het aantal bedden in APZ-en geleidelijk steeds verder teruggebracht en volgens de genoemde wet van Penrose leidt dit tot een toename van psychiatrische patiënten bij Justitie.¹² de bedoeling was om klinische zorg te vervangen door minder beperkende vormen van hulp, zoals beschermd wonen, begeleid wonen, semi-murale zorg, ambulante begeleiding enzovoorts. Het heeft er echter alle schijn van dat een deel verschoven is van VWS (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) naar Justitie en dat kan nooit de bedoeling zijn geweest. de tbs-sector loopt toenemend vast; er zijn niet alleen meer plaatsen nodig, maar ook de interne doorstroming en uitplaatsingsmogelijkheden stremmen. Er wordt gezocht naar oplossingen door uitbreiding, maar structurele oplossingen heeft men niet gevonden. Het aantal tbs plaatsen zal van 1778 in 2005 uitbreiden naar 2161 in 2010. Dat betekent dat er een forse toename zal zijn van plaatsen voor mensen met een psychische stoornis én delictgevaarlijkheid. Behalve dat de behoefte aan extra capaciteit ongekend groot is, blijkt ook dat de

¹¹ Van Panhuis, 1997.

¹² Van der Werf, 2003.

samenstelling van de populatie in alle justitiële instellingen, waaronder de Penitentiaire Inrichtingen (PI's), het afgelopen decennium snel is gewijzigd. de instellingen worden in toenemende mate belast met extra zorgbehoevende personen, vaak met dubbele problematiek: naast de psychiatrische stoornis een ernstige verslaving, met mensen met een verstandelijke beperking, mensen met een autismespectrumstoornis (ASS). In de Dr. S. van Mesdagkliniek, Masterplan Capaciteitsontwikkeling 2006, wordt beschreven dat er vooral mensen met een persoonlijkheidsstoornis op de wachtlijst staan voor de tbs-klinieken.¹³ Voor psychotische patiënten die al aan een Forensisch Psychiatrisch Centrum zijn toebedeeld zijn er lange wachttijden. Voor psychotische patiënten met een verstandelijke handicap zijn de wachttijden nog langer. Ook voor verstandelijk gehandicapte patiënten met een persoonlijkheidsstoornis geldt een lange wachttijd. de uitstroom van patiënten stagneert, de gemiddelde behandelduur wordt elk jaar langer en het aantal nieuw toegekende proefverloven is fors gedaald. Er is sprake van een toegenomen instroom, een afgenomen uitstroom en een verlengde intramurale behandelduur. de complexiteit van de problematiek van de tbs-gestelden is toegenomen, met als gevolg dat er een grote druk zal blijven op de reguliere tbs-capaciteit. Voor deze mensen die allen lijden aan een psychische stoornis is geen plaats en geen mogelijkheid binnen de reguliere geestelijke gezondheidszorg, terwijl een aanzienlijk deel wel een verleden heeft van contacten met de GGz en opnames in de GGz. Met name de groep patiënten die na behandeling niet zelfstandig kan functioneren in de maatschappij en langdurig intensieve zorg nodig heeft neemt toe. de bouw en uitbreiding van de longcare en de longstay voorzieningen wijst daarop. Er zijn onvoldoende voorzieningen binnen de GGz om een dergelijke gang door Justitie en tussentijdse tbs te voorkomen voor ernstig psychisch gestoorde mensen veelal met meervoudige en complexe problematiek. Bovendien zijn er onvoldoende gedifferentieerde vervolgvoorzieningen voor de tbs aanwezig om een adequaat behandel- en beveiligingsbeleid te kunnen vormgeven terwijl de tbs er voor een deel van de patiënten op gericht is om herhalingskans te verminderen en andere zorgvormen in te zetten dan de tbs-kliniek. Er wordt nu zelfs overgegaan tot het oprichten van 'zorggevangenissen' waarin het manco van de GGz wel erg duidelijk wordt; de klanten hiervoor hadden in plaats van zorg krijgen in de gevangenis gevangen moeten zijn in de zorg.

5. Etikettering, stigmatisering

De theorieën van Goffman¹⁴ over etikettering, stigmatisering en hospitalisatie lijken nu tot de omgekeerde wereld in de zorg geleid te hebben. Goffman stelt dat het als 'anders' bestempeld worden, de stigmatisering en het op grond daarvan sociaal oordelen en langdurig opnemen in een psychiatrische voorziening, moreel verwerpelijk is en sociaal beschadigend door het stigma. Deze ideologische concepten leidden echter tot een eenzijdige kijk op het probleem en bovendien blijken de chronisch psychiatrische patiënten wat deze sociale processen betreft echt niet meer gebaat te zijn bij een 'vrij' leven. Dat blijkt wel uit de in het voorgaande beschreven verschuiving van GGz naar forensisch. Desondanks lijkt het (vooralsnog) wel de winnende visie op de sociale positie van de psychiatrische patiënt te vertegenwoordigen waarvan ook de Taskforce 'Erbij Horen' over vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg getuigt.¹⁵ Inmiddels proberen we al zo'n twintig jaar de zorg voor psychische gehandicapten in de samenleving van de grond

¹³ Dr. S. van Mesdagkliniek, 2006.

¹⁴ Goffman, 1961.

¹⁵ Taskforce Vermaatschappelijking Geestelijke Gezondheidszorg, 2002.

te krijgen maar er zijn 72.000 mensen met chronische psychiatrische problemen die moeite hebben om een volwaardige plaats in de samenleving te krijgen. de Taskforce erkent dat er klinische zorg nodig is voor ‘mensen die daar niet buiten kunnen’ maar dan moet die zorg wel in kwaliteit verbeteren. Protocolen en richtlijnen eindigen vaak waar de problematiek van deze groep begint.

Het bestempelen van patiënten als restgroep, als mensen die bij Justitie thuishoren, waar we niets mee kunnen en vervolgens het bestempelen van afdelingen waar die mensen wel geplaatst worden als een asiel ergens ver weg in de bossen, betekent stigmatisering en etikettering. Zij én de hulpverleners die er werken worden geëtiketteerd als de mislukkingen van de ideologieën, – zelfs door de GGZ. Terwijl er niet onderkend wordt, dat die ideologie voor een deel niet klopte en veel te hoge verwachtingen schiep, waardoor ze feitelijk een bepaalde doelgroep tekort doet. Deze groep verdient een superspecialisme, een eigen ideologie en erkenning met een positieve attitude tegenover de behandeling van hen in plaats van verstoting. de destigmatisering van deze mensen met complexe problematiek moet een belangrijk doel zijn van de GGZ.¹⁶

6. Stoppen met separeren en dan?

In de geestelijke gezondheidszorg is het speerpunt om de toepassingen van separaties te verminderen, met als streven ieder jaar 10% minder volgens het visiedocument van GGZ Nederland. Er worden veel alternatieven ingezet om dat doel te bereiken en er is al behoorlijk resultaat mee bereikt. Er zijn in plaats van separeers snoezelkamers, comfortrooms, intensive care units gebouwd, terwijl er daarnaast diverse programma’s lopen gericht op attitude, incidentenpreventie en het gebruik van signaleringsplannen. de kwaliteitscriteria ‘Dwang en Drang’ dragen er aan bij dat er minder vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast worden.¹⁷ de ideologie van het geheel opheffen van separaties is echter niet zonder gevaar. Het gevaar schuilt er vooral in als de ideologie extreem doorgevoerd wordt en deze geen rekening meer houdt met de werkelijkheid; wat te doen als er geen mogelijkheden meer zijn tot separeren of tot fysieke inperking van psychiatrische patiënten die agressief reageren. Liberman stelt daarover dat het lovenswaardig is om separatie en fysieke restrictie uit psychiatrische behandeling te weren, maar dat dit idealisme getuigt van gebrek aan inzicht in de klinische praktijk.¹⁸ Er is nog weinig bekend over alternatieven en over manieren waarop het gebruik van dwangmiddelen gereduceerd kan worden terwijl de veiligheid van patiënt en medewerker gegarandeerd blijft.¹⁹ Er zijn nauwelijks gecontroleerde studies waarin het effect van specifieke gedragsinterventies onderzocht is. Er zijn niet-gecontroleerde studies waarin gewezen wordt op het effect van het verminderen van een restrictief beleid terwijl er ook studies zijn waarin zelfs een 50% toename is van agressie naar de staf als het beleid gebaseerd wordt op een ‘herstelproces en empowerment’ omdat de staf zich dan meer kwetsbaar voelt en geïntimideerd door bepaalde grensverleggende patiënten. Positief effect is in de praktijk beschreven maar niet in gecontroleerde studies op vermindering van separatie door onder andere het gebruik van een time-out kamer, weg van de agressieopwekkende plaats, beïnvloeding van de omgeving, onderwijs, stafintegratie, meer staf, inschakelen van patiënten als actieve

¹⁶ Mann, 2004.

¹⁷ Abma, 2005.

¹⁸ Liberman, 2006.

¹⁹ Bockardt, 2007.

participant, psychiatrische eerste hulpteams.²⁰ Een aanzienlijke vermindering van separatie in het Pennsylvania ziekenhuis ging echter gepaard met een trans-institutionalisatie van agressieve personen met een ernstige psychiatrische stoornis naar gevangenissen. En daar is de opsluiting een feit. Het aantal incidenten waarbij de staf beschadigd werd was niet verminderd. Dat duidt er op dat de veiligheid van de staf niet verbeterde met de specifieke acties gericht op het opheffen van separatie en dat de agressie nauwelijks veranderde.²¹ Het gevaar bestaat dat er bij ontbrekend effect van op agressie gerichte interventies terwijl er geen separatiemogelijkheid meer is, aangifte gedaan wordt en er door de GGZ naar Justitie gekeken wordt om het op te lossen. Die tendens tot aangiftes is er toenemend; er zijn zelfs samenwerkingsconvenanten met de politie waarvan Duijst zegt in een radio-interview dat daarbij grote zorgen zijn over de privacy en het beroepsgeheim.²² de GGZ mag er dan in slagen om de separaties drastisch te verminderen maar dat moet niet betekenen dat de cel in het huis van bewaring, de tbs of de straat het alternatief wordt. En dat alternatief kent ook zijn eigen problemen gezien de toenemende agressie tegen personeel van penitentiaire inrichtingen. In 2002 waren er 1736 geweldplegingen tegen personeel bij 12.000 detentieplaatsen, dat wil zeggen 0.3 incidenten per detentieplaats. Uit een onderzoek in de FOBA wordt geconcludeerd dat ondanks de structuur en rust daar overvraging en overprikkeling toch nog een rol spelen, vooral bij de meest onregelde psychotische gedetineerden.²³ Dat betekent dat er binnen de GGZ alternatieven gezocht moeten worden terwijl de doelgroep wel haar zorg blijft houden.

7. Rehabilitatie en empowerment

Gelijktijdig met de deinstitutionalisering hebben de rehabilitatie en empowerment hun intrede gedaan. Ook daarin is men doorgeschoten en is een aantal patiënten als onmogelijk geëtiketteerd omdat ze niet pasten binnen het onderhandelingsmodel. Met deze grotere klantgerichtheid en met respect voor autonomie als gemeenschappelijk streven hebben waarden hun intrede gedaan in de zorg. Deze kunnen botsen met de gangbare aanpak van gedragsgestoorde chronische patiënten, bij wie beter het ‘recht op zelfbeschikking’ zou passen. Want autonoom functioneren kunnen ze juist niet. Er ontstond soms tweestrijd tussen een benadering waarin er vooral verwaarlozing optrad, omdat alle keuzes van de patiënt gerespecteerd werden. In het andere uiterste was er een benadering waarin op één afdeling een deel van de hulpverleners de structurerende begeleiding en het stellen van grenzen op zich nam en andere medewerkers de rehabiliterende benadering, waarin ingegaan werd op de wensen van de patiënt. de consequentie van deze ontwikkeling was echter dat een deel van de symptomen van chronisch psychiatrische aandoeningen, namelijk de gedragsstoornissen, weer onder de categorie ‘ondeugd en zonde’ werden geplaatst, omdat de hulpverlener er niet mee om kon gaan en daardoor als rijp voor de rechter en niet voor de psychiater bestempeld worden. Voor zover de kennis nu reikt, is het duidelijk dat gedragsstoornissen deel uit kunnen maken van verschillende psychiatrische ziektebeelden en dus te beschouwen zijn als symptoom en niet als een vorm van ondeugd. de ideologie van rehabilitatie onderstreept hun wensen en mogelijkheden wat een grote vooruitgang is tegenover de probleemgerichte benadering. Maar dat moet wel ingepast

²⁰ Gaskin, 2007.

²¹ Liberman, 2006.

²² Duijst, 2006.

²³ Nijman, 2004.

worden in de werkelijkheid van deze groep mensen met complexe problemen. de problemen verdienen behandeling en geen straf.

8. Behandelbaarheid

En dan tenslotte de behandelbaarheid. Dit is een actueel thema geworden met de toenevende schaarste van middelen in de GGz en de introductie van meer gelijkheid in de relatie tussen hulpverlener en patiënt, zoals onder andere blijkt uit een betere rechtspositie (bijvoorbeeld geoperationaliseerd in de wet WGBO, Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst). Enerzijds dient dit argument dus het belang van een effectieve inzet van middelen: waarom een opname als de patiënt toch geen behandeling wil of als die behandeling toch niet effectief is. Anderzijds is de morele verantwoording van een opname in een psychiatrische voorziening nauwelijks te geven als er geen ‘gezondheidswinst’ te behalen valt. Dan kan die patiënt immers net ze goed thuisblijven. Ofwel: indien niet behandelbaar, dan ook geen verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis. Uitgaande van de gedachte dat deze groep psychiatrische patiënten in feite ziek is, heeft de GGz hen eenzijdig ‘over de grens gezet’. In een beperkt onderzoek werd gevonden dat een aantal GGz-patiënten met justitiecontacten, een strafblad en (ernstige) gedragsproblematiek zonder de nodige nazorg en toezicht, het contact met de GGz verbroken heeft (of dat het contact met hen werd verbroken).²⁴ ‘Dat vraagt om de nodige aandacht. Gezien de ernstige gevolgen die deze gang van zaken kan hebben is het onvoldoende hier te verwijzen naar de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. Een dergelijke verwijzing moet worden gekwalificeerd als een vorm van geïnstitutionaliseerde verwaarlozing.’

9. Toekomstverwachtingen

Vanuit deze beschouwing en de beschrijving van de problematiek van de achterblijvers in de psychiatrie, de patiënten met langdurige psychiatrische stoornissen en complexe problematiek komen we tot een aantal verwachtingen waarin een ideologie vervat is: de complexe problematiek verdient complexe gespecialiseerde behandeling vanuit de revalidatievisie.

Het zal niet eenvoudig zijn om de klok terug te draaien. Immers een overheid die zich richt op deinstitutionalisering, een ziekenhuis dat zich richt op zorgprogramma's en klantvriendelijkheid, en hulpverleners die gaan onderhandelen in plaats van voorschrijven, zijn niet gemakkelijk te overtuigen van het tegendeel. Al is het alleen maar vanwege de bouwkundige staat van de meeste instellingen, die de nieuwe ideologie inmiddels belichaamt. Toch is het noodzakelijk dat deze partijen het probleem onder ogen zien en daaraan consequenties verbinden.

Voor de overheid is het belangrijk te beseffen, dat er een grens is aan het ideaal van extra-muralisering in de GGz. Er zijn nu eenmaal patiënten die zo ziek zijn en zulk problematisch gedrag vertonen, dat opname in een psychiatrische voorziening de enige oplossing is. Daarmee is de extra-muralisering Nederlandse stijl niet mislukt. Integendeel, die ontwikkeling heeft aangetoond welke patiënten in minder restrictieve omgevingen kunnen wonen en dat is winst. Maar men moet erkennen dat voor een deel van die oorspronkelijke populatie de extra-muralisering is misgelopen en dat voor die groep een langdurig verblijf in een psychiatrische voorziening noodzakelijk zal zijn.

²⁴ Van Vliet, 2006.

- Het is de verwachting en dat blijkt ook uit de recente uitbreiding van de forensische bedden dat de vroegere populatie van gedragsproblematische patiënten die voor de deinstitutionalisering in een psychiatrisch ziekenhuis verbleven nu op hetzelfde terrein terugkeren maar dan middels een forensische titel op forensische afdelingen met een grote mate van beveiliging. Terug naar het asyllum?
- Het gevaar van toename van stigmatisering van de achterblijvers in klinieken is groot. Het criterium behandelbaarheid zal zwaar gaan wegen; het etiket behandelbaar en onbehandelbaar zal een splitsing teweeg brengen in het GGz-circuit, forensische circuit en daklozencircuit. Er zal maximaal ingezet moeten worden op het destigmatiseren van de zogenaamde onbehandelbaren. Deze term werkt stigmatiserend terwijl ook blijkt dat de onbehandelbaren via een rehabiliterende en stabiliserende benadering als specialistische behandelvorm wel stappen vooruit kunnen maken naar een minder restrictief en meer autonoom bestaan.
- De dubbele diagnose van psychiatrische stoornis en verslaving zal sterk toenemen. Deze DD problematiek zal als dubbele ziekte erkend worden. de GGz neemt er zijn verantwoordelijkheid voor ook als er sprake is van ‘onbehandelbaarheid’ gemeten aan het niet voldoen aan een drie maanden tot een jaar durende behandeling in een dubbele diagnosekliniek. de psychisch gestoorde verslaafde patiënten die lijden aan deze dubbele ziekte, krijgen een stabiliserende rehabiliterende behandeling richting speciale voorzieningen waar rekening gehouden wordt met de dubbele handicap.
- Er zijn onvoldoende voorzieningen om een gang door Justitie en tenslotte de tbs te voorkomen voor ernstig psychisch gestoorde mensen veelal met meervoudige en complexe problematiek. Bovendien zijn er onvoldoende gedifferentieerde vervolgoorzieningen aanwezig om een adequaat behandel- en beveiligingsbeleid te kunnen vormgeven.
- De druk op de ideologie van het opheffen van separatie bij de klinische behandeling van psychiatrische patiënten heeft plaats gemaakt voor de realiteit dat er dusdanige problematiek bestaat dat restrictie noodzakelijk is om de patiënt en de mensen om hem heen te beschermen. Er zullen elektronische middelen zijn die met name het gevaar van agressie, ernstige suïcidaliteit en overlast voor andere patiënten af kunnen wenden, maar waarbij niet voorkomen kan worden dat het tot beperking van vrijheid van de patiënt leidt. Er zullen andere middelen toegepast worden die nog wel restrictie van bewegingsvrijheid inhouden maar die minder tot sociaal isolement leiden. Tevens is de GGz zich er van bewust dat ze ook voor de groep mensen met dubbele en ernstige problematiek zelf voorzieningen moet creëren die gebouwend en personeelstechnisch beantwoorden aan de behoeften van deze doelgroep. Er zullen teams geformeerd worden die werken over de grenzen van de organisaties heen en die specifiek deskundig zijn in het omgaan en behandelen van deze complexe doelgroep. de neurobiologie heeft meer kennis gebracht over agressie en impulsdoorbraken waardoor er meer specifieke farmacotherapie mogelijk is.
- Tevens zal het stigmatiseren van deze doelgroep en van de behandelmethodes door de confrontatie met de werkelijkheid stoppen. de GGz is zich er bewust van dat de werkers met deze doelgroep niet meer gestigmatiseerd moeten worden, maar dat ze juist hun kracht en vermogen om met deze doelgroep om te gaan versterkt. Het behandelen van de moeilijke doelgroep in de GGz wordt een superspecialisme in plaats van een (vuilnis)vat zoals helaas nog een aantal werkers in de GGz de langerdurende klinische zorg beschouwen. de langdurige zorg begint daar, waar over het algemeen de protocollen eindigen. de positieve aspecten van restricties ten behoeve van de veiligheid van patiënten en medewerkers zullen benadrukt worden terwijl de non-aversieve ge-

- dragstherapie zoals overcorrectie, ontspanning, positieve bekrachtiging en rehabiliterende benadering het beleid wordt. Daarbij wordt er ruimte gecreëerd voor permanente intervisie en bijscholing.
- De superspecialistische behandeling van de ernstig gestoorde doelgroep wordt onderkend in plaats van terug te gaan naar het asyllum van Goffman middels het verschrallende etiket van care. Vanuit het onderkennen van de problematiek en het langdurig daaraan beantwoorden en niet alleen voor de duur van een project, zal het voor de mensen die langerdurende klinische zorg nodig hebben mogelijk zijn om het aantal restrictieve maatregelen zoals separatie drastisch te blijven verminderen. Zonder die blijvende mogelijkheden tot intensieve zorg zal, naar onze verwachting, de bereikte vermindering van separatie in 2010 weer ongedaan gaan worden in de komende tien jaar of zal separatie vervangen worden door alternatieven waarvan men zich af moet vragen of die wel menswaardiger zijn dan separatie.
 - Er zal een intensief programma zijn voor preventie van agressie en omgaan met agressie in de klinieken. Voor de afdelingen met mensen met langerdurende zorg zal het probleem (hopelijk) onderkend worden en zullen er extra voorzieningen komen wat betreft gebouwelijke, personeelstechnische aspecten, in management, registratie en in attitude. de zorg wordt ‘specialistische zorg voor mensen met complexe problematiek’ genoemd in plaats van ‘opvang voor onbehandelbaren’. Deze doelgroep komt niet meer in het asyllum in de gevangenis of het verschrallde asyllum in de geestelijke gezondheidszorg. Maar daartoe is er meer samenhang tussen strafrecht en zorg nodig als leidraad voor Justitie, VWS, GGZ Nederland en zorgverzekeraars. Met het uitbreiden van de grenzen van de doelgroepen zullen medewerkers hun professionele grenzen moeten verbreden. de medewerkers in de GGZ krijgen er weer een doelgroep bij of krijgen een doelgroep terug. En dat betekent voor de medewerkers het opdoen van nieuwe kennis en vaardigheden en het aanleren van nieuwe attitudes en het toepassen ervan.²⁵
 - De verwachting is dat er, als Justitie en de GGZ intensief samenwerken en beide hun verantwoordelijkheid nemen en niet verblind worden door een ideologie die niet met de werkelijkheid overeenkomt, een totaalcircuit voor deze groep gevormd kan worden zonder mazen in het net en dat een betere doorstroming het resultaat zal zijn. de Dr. S. van Mesdagkliniek werkt sinds juni 2006 als onderdeel van de Zorggroep Forensische GGZ samen met onderdelen van de GGZ Groningen.²⁶ de zorggroep richt zich op patiënten met én zonder een strafrechtelijke titel. Het betreft patiënten die langdurig lijden aan ernstige complexe psychiatrische problematiek waarbij delictgevaar en of grensoverschrijdend en overlastveroorzakend gedrag aan de orde is.

De zorggroep bestaat uit onderdelen die een sterke positie hebben op de forensische en intensieve psychiatrische ‘markt’. Dit maakt het mogelijk met kracht te werken aan de ontwikkeling van forensische ketenzorg. Dat is ook van belang voor de financiering. Wanneer de DBBC’s (Diagnose Behandeling en Beveiliging Combinaties) worden ingevoerd zullen forensische instellingen niet langer per plaats, maar per soort behandeling gefinancierd worden. Aan de hulpverleners om die complexe doelgroep en hun zorgbehoefte goed te definiëren.

²⁵ Quanbeck, 2007.

²⁶ Dr. S. van Mesdagkliniek 2006.

Het verleden en het heden kunnen zorgen voor een goede toekomst door het bundelen van de forensische- en geestelijke gezondheidszorgkrachten voor de langdurige zorgafhankelijke mensen met complexe problematiek.

Personalia

Dr. L.H.W.M. Kaiser, psychiater, eerste geneeskundige de Gelderse Roos, gespecialiseerde psychiatrie Wolfheze; Raad Penitentiaire Kamer Hof Arnhem.

Dr. L.J. (Bert) van der Werf, Klinisch psycholoog & senior onderzoeker. Bert van der Werf Beleid & Consultancy; lid van de European Violence in Psychiatry Research Group.

Aangehaalde literatuur

Abma 2005

T. Abma, G. Widdershoven, B. Lendemeijer, *Dwang en drang in de psychiatrie; kwaliteit van vrijheidsbeperkende interventies*. Utrecht: Lemma, 2005.

Bockardt e.a. 2007

J.J. Bockardt, A.L. Grubaugh, C.G. Pelic, C.K. Danielson, S.J. Hardesty & B.C. Frueh, 'Enhancing patient safety in psychiatric settings'. *J. Psychiatric Practice*, 2007, 13, 6, p. 355-361.

Dienst Justitiële Inrichtingen 2007

Dienst Justitiële Inrichtingen *Feiten in cijfers*. Den Haag: Ministerie van Justitie, 2007.

Duijst, Morsink & de Vries 2006

W.L.J.M. Duijst, M.E.B. Morsink & A.W. de Vries, *Ziekenhuizen, politie en convenanten. Een empirisch onderzoek*. Den Haag: SDU uitgevers, 2006.

Felsö & Theewes 2002

F.A. Felsö & J.J.M. Theewes, *de vraag naar Tbs. Haalbaarheidsstudie naar een voorspelmodel voor de vraag naar Tbs*. Den Haag: WODC, 2002.

Gaskin, Elsom & Happell 2007

C.J. Gaskin, S.J. Elsom & B. Happell, 'Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities: Review of the literature'. *The British Journal of Psychiatry*, 2007, 191, 10, p. 298-303.

Goffman 1961

E. Goffman, *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York: Doubleday Anchor, 1961.

Gunn 2000

J. Gunn, 'Future directions for treatment in forensic psychiatry'. *The British journal of psychiatry*, 2000, 176, p. 332-338.

Koekkoek, Van Meijel & Hutschemaekers 2006

B. Koekkoek, B. van Meijel & G. Hutschemaekers, "Difficult patients" in mental health care: a review'. *Psychiatric Services*, 2006, 57, 6, p. 795-802.

Kraus & Sheitman 2004

J.E. Kraus & B.B. Sheitman, 'Characteristics of Violent Behavior in a large state psychiatric hospital'. *Psychiatric Services*, 2004, 55, 2, p. 183-185.

Liberman 2006

R.P. Liberman, 'Elimination of seclusion and restraint: a reasonable goal?' *Psychiatric Services*, 2006, 57, 4, p. 576.

Mann & Himelein 2004

C.E. Mann & M.J. Himelein, 'Factors associated with stigmatization of persons with mental illness'. *Psychiatric Services*, 2004, 55, 2, p. 185-190.

Mesdagkliniek 2006

Dr. S. van Mesdagkliniek, *Masterplan Capaciteitsontwikkeling 2006*. Groningen: Mesdagkliniek, 2006.

Nijman & Geurkink 2004

H. Nijman & M. Geurkink, 'Agressie van gedetineerden met psychiatrische stoornissen'. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 2004, 46, 9, p. 601-610.

Oei 2005

T.I. Oei, de terbeschikkingstelling. 'Van een bijzondere maatregel tot een gewone maatregel?' *Justitiële Verkenningen*, 2005, 31, 1, p. 23-36.

Quanbeck e.a. 2007

C.D. Quanbeck, B.E. McDermott, J. Lam, H. Eisenstark, G. Sokolov & C.L. Scott, 'Categorization of Aggressive Acts Committed by chronically assaultive state hospital patients'. *Psychiatric Services*, 2007, 58, 4, p. 521-528.

Sheff 1966

Th. J. Sheff, *Being mentally ill. A Sociological Theory*. Chicago: Aldine, 1966.

Taskforce 2002

Advies Taskforce Vermaatschappelijking Geestelijke Gezondheidszorg *Erbij Horen*. Januari 2002.

Van Panhuis 1997

P.J.A. van Panhuis, *de psychotische patiënt in de Tbs. Van kwaad tot erger*. Arnhem, 1997.

Van Vliet 2006

J.A. van Vliet, *de Tbs in zijn maatschappelijke context*. Nijmegen: Wolf Legal Publishers, 2006.

Van der Werf 2003

B. van der Werf, 'Over de grens gezet. Gedragsgestoorde psychiatrische patiënten in gevangenschap'. *Psychopraxis*, 2003, 5, 6, p. 247-250.

Dwangbehandeling in 2017/18

A.J.K. Hondius en T.E. Stikker

1. Inleiding

Aan de hand van een casus wordt geschetst hoe men in de GGz in Nederland anno 2007 probeert te komen tot een samenhangend behandelbeleid, waaronder een dwangbehandeling. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een beschrijving van een zelfde behandeling 10 jaar later, anno 2017. de psychiater (AH) bespreekt de casus en de jurist (TS) voorziet deze beschrijving van commentaar.

Uit de evaluatierapporten van de 3^e evaluatiecommissie van de Wet Bopz¹ is duidelijk geworden dat Nederland toe is aan een nieuw wettelijk kader. In zo'n nieuwe (behandel?)wet zullen de rollen van de verschillende actoren – Zoals de Officier van Justitie en de Geneesheer-directeur – anders worden ingevuld. Ook voorziet de evaluatiecommissie het ontstaan van een regionale commissie psychiatrische zorg.

Uitgangspunt bij de beschrijving van de GGz anno 2017 is die nieuwe wet. Tevens wordt een beeld van de (toekomstige) GGz globaal geschetst aan de hand van de organisatievorm, aansturing, en gehanteerde behandeluitgangspunten.

2. Casus 2007

De heer Z, een 34 jarig man met chronische schizofrenie is gedwongen opgenomen met een last tot Inbewaringstelling (IBS) nadat hij in psychotische toestand op een provinciale weg terecht was gekomen en een bijna-ongeluk had veroorzaakt. Hij heeft geen ziekte-inzicht en weigert antipsychotische medicatie. Kort na opname heeft hij in verband met wild gedrag een (intramusculaire) injectie gehad met een kortwerkend antipsychoticum. Hij werd wat kalmer en leek minder psychotisch. de psychiater onderzocht hem en kwam tot de conclusie dat Z wilsonbekwaam was ter zake van de behandeling van zijn psychose. Omdat hij geen direct gevaar opleverde in het ziekenhuis, ging de psychiater niet over tot een (langdurende) dwangbehandeling, alhoewel de broer van de patiënt wel als (wettelijk) vertegenwoordiger akkoord ging. de psychiater informeerde vervolgens bij de Inspectie of een dwangbehandeling via de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) mogelijk was, waarop een negatief advies volgde.

Omdat het gevaar voor herhaling nog niet was geweken en de heer Z psychotisch bleef, werd een (voorlopige) Rechterlijke Machtiging (RM) gevraagd en verkregen. Z bleef weigeren medicatie in te nemen en vertoonde vaker het antisociaal gedrag waarmee hij al bekend was van voor de opname. Hij stal van medepatiënten en toen hij op een bepaald moment zijn zin niet kreeg over een andere kamer in de instelling, stichtte hij brand. Er was enige rookontwikkeling, maar door adequaat ingrijpen van de verpleging was er uiteindelijk geen gevaar voor de mensen op deze gesloten afdeling. Z zei dat ze maar naar hem moesten luisteren. Er werd aangifte gedaan en een strafrechtelijk onderzoek ingesteld. Intussen was men zo bevreesd dat Z zijn daad zou herhalen, dat er maar voor werd gekozen hem in de separeerkamer te plaatsen. Z protesteerde hevig en haalde de Patiënt-VertrouwensPersoon (PVP) erbij.

¹ Wet Bopz 2007.

De vraag was of er een causaal verband bestond tussen de stoornis en het brandstichten, of het separeren wel proportioneel was, of dat het een soort ‘strafsanctie’ was. Deze vragen werden terecht gesteld, zeker omdat volgens de psychiater er geen causaal verband bestond – hetgeen eigenlijk pleitte tegen de indicatie om te separeren. De psychiater merkte op dat er bij strafbare feiten strafrechtelijke onderzoeksprocedures zijn. Een onafhankelijke forensisch psychiater (NIFP) kan gevraagd worden een onderzoek daar naar te doen.

De klachtencommissie van de instelling verklaarde de klacht van de heer Z gegrond en schorste de separatie. De psychiater vond dat de veiligheid op de afdeling niet meer gegarandeerd werd en vroeg de geneesheer-directeur de RM te doen opheffen. Voorwaarde was goede nazorg, hetgeen kon via behuizing in het Leger des Heils en een ambulante contact met een sociaal psychiatrische verpleegkundige (spv) en een psychiater. Z vertrok, was nog psychotisch en wachtte een forensische rapportage wel af. Zijn broer, de wettelijk vertegenwoordiger, was zeer slecht te spreken over deze handelwijze omdat nu alles weer opnieuw zou gaan beginnen en hij zich machteloos voelde om Z goed bij te staan.

3. Dwangbehandeling in 2007

Had de heer Z nu wel een dwangbehandeling kunnen ondergaan en had dat zijn toestand verbeterd en had dat de antisociale daden kunnen voorkomen?

Als de heer Z direct na opname een behandelingsplan had gekregen waarin stond dat hij met een depot-antipsychoticum zou worden behandeld bij gevaar voor hemzelf of anderen, dan had hij direct na aankomst zo’n depot kunnen krijgen. Immers er was toen gevaar, dat niet voldoende was afgewend door een gedwongen opname. Nu er geen tijd was geweest om een voorstel tot een behandelingsplan te doen, werd hem als noodmedicatie een kortdurend antipsychoticum toegediend, om het acute gevaar af te wenden. Daarna en daardoor was er feitelijk geen mogelijkheid meer hem een langerdurend depot te geven - immers het gevaar was dan (tijdelijk) afgewend.

Op zich is dat jammer omdat hij ook goed leek te reageren op antipsychotische medicatie (doelmatigheid).

Vervolgens verblijft de heer Z gedwongen binnen de kliniek, maar zijn geestesstoornis levert in de kliniek geen gevaar meer op. De behandelaars hadden kunnen redeneren dat zijn antisociaal gedrag geïnterpreteerd moest worden als gevaar voortkomend uit de geestesstoornis (en dan was dwangbehandeling mogelijk geweest). Zij waren daar echter absoluut niet van overtuigd, temeer daar Z in eerdere jaren diverse strafbare feiten had gepleegd waarvan niet (eerder) was gesteld dat deze uit zijn geestesstoornis voortkwamen, althans er was geen causaal verband vastgesteld. Hij had ook enige keren een gevangenisstraf uitgezeten en werd beschouwd als een veelpleger. Er was geen forensische titel toen hij brand stichtte en hij kon daarom niet direct worden geplaatst in een forensische kliniek of afdeling. Het liefst zou de psychiater Z direct naar het Huis van Bewaring hebben laten gaan om hem daar een tijd te laten verblijven tot hij bereid zou zijn weer afspraken te maken op de afdeling. Hij was weliswaar wilsonbekwaam ter zake van zijn behandeling van de psychose, maar niet wilsonbekwaam ter zake van materiële en omgangsafspraken.

Had de psychiater nog via de WGBO (wilsonbekwaamheid) kunnen gaan behandelen met een beroep op de wilsonbekwaamheid van Z? De broer gaf toestemming tot dwangbehandeling, maar de Inspectie raadde dat met klem af: niet via de WGBO een dwangbehandeling om ernstig (psychisch) nadeel af te wenden (te voorkomen).

De psychiater wachtte met ongeduld op de wetswijzigingen die in het najaar van 2007 in de Eerste Kamer voor lagen, want indien goed gekeurd zou dat betekenen dat Z mogelijk wel zou kunnen worden (dwang) behandeld. Immers te lang onbehandeld op een afdeling zou blijven (maatschappelijke teloorgang) zou dan opgevat kunnen worden als gevaar, dat afgewend moet worden.

4. Commentaar van de jurist

De spanning tussen de het recht op autonomie/zelfbeschikking van de patiënt en de overheidstaak om burgers noodzakelijke medische zorg te bieden levert voortdurende discussie op. Zeker wanneer er ook nog sprake is van gevaar dat een psychiatrische patiënt ten gevolge van zijn geestesstoornis veroorzaakt. Deze discussie wordt bemoeilijkt door overlast en gevaar dat personen kunnen opleveren ten gevolge van een naar karakter: de maatschappij kan daar veel last van hebben, maar de oplossing ligt niet altijd primair bij de (o)GGZ.

In de casus van Z is het moeilijk in te schatten of een naar karakter of een stoornis Z heeft aangezet tot het brandstichten. Z heeft in het verleden meerdere keren contact met de politie gehad; onduidelijk is of er toen ook al sprake was van een psychose, die nu in ieder geval wel duidelijk is vastgesteld. Z wordt inmiddels behandeld voor zijn psychose.

Familie, huisarts, politie of andere personen in de directe omgeving van Z hebben in het verleden kennelijk geen reden gezien om Z gedwongen op te laten nemen; op vrijwillige behandeling hebben ongetwijfeld familieleden en de huisarts wel aangedrongen, maar zolang Z niet wil meewerken aan enige behandeling, houdt het op.

Dan is het wachten op een zodanig gevaar, dat alleen een dwangopname kan afwenden.

Tijdens het verblijf wordt Z een aanbod tot behandeling gedaan: de dwangopneming geeft de instelling de plicht verantwoorde zorg te leveren en als het enigszins kan dwang te voorkomen.

Na de eerste evaluatie van de Wet BopZ in 1996 kwam het kabinet in 1997 met het standpunt dat grote terughoudendheid moest worden betracht met dwang, vanwege de ingrijpendheid ervan voor patiënten.

In 2007, tien jaar later, is er meer bekend over de effectiviteit van medicinale behandeling van psychiatrische stoornissen, de invloed van dwang en drang op het beoogde doel en de kwaliteit van leven na een behandeling die tegen de zin van betrokkene is uitgevoerd.

In 2007 weten hulpverleners steeds beter om te gaan met psychiatrische patiënten die geen ziekteinzicht hebben, geen bereidheid tonen mee te werken aan hun behandeling, of wilsonbekwaam zijn ten aanzien van de noodzakelijke opname en behandeling. de wetten die van toepassing zijn worden steeds meer benut om behandeling te starten ook als daar geen volledige wilsbekwame instemming van de patiënt voor is verkregen.

Te vaak echter wordt er niet of te laat behandeld; te vaak is er een incident waar pers en publiek maar vooral de familie achteraf roepen waarom heeft de GGZ niets gedaan?

5. Vervolg op de casus anno 2007

Toen Z zich meldde bij het Leger des Heils kon hij daar terecht. Men belde wel met de kliniek om te horen of Z geen RM meer had. de psychiater bevestigde dat en verwees naar zijn collega in de ambulante praktijk. Z hoorde van dat gesprek en zei dat de kliniek psychiater zonder zijn toestemming deze informatie helemaal niet mocht geven. Hij zou het er niet bij laten zitten. de huisarts – die bewoners van het pand van het Leger des Heils in zijn praktijk opnam – sprak bij zijn bezoek aan het huis Z aan en vroeg of hij ge-

gevens kon opvragen bij de kliniek. Z weigerde dat omdat zij, naar zijn zeggen, daar allemaal knettergek zijn. de broer van Z wilde wel gegevens laten doorgeven, maar Z verbood dit. de broer vroeg zich af of hij als vertegenwoordiger niet het recht had daartoe, maar besloot af te wachten, ook om de relatie met Z goed te houden.

De tweede nacht in het huis van het Leger des Heils maakte Z enorme ruzie met een huisgenoot waarop Z werd geschorst. Z had geen dak meer boven zijn hoofd, ging zwerfen en werd door de politie opgepakt. de crisisdienst werd erbij gevraagd en beoordeelde dat Z weliswaar mogelijk paranoïde psychotisch was maar niet gevaarlijk en zijn gedrag niet voortkwam uit de stoornis. de politie voelde zich in de steek gelaten door de crisisdienst en 'de hele psychiatrie', en liet Z gaan. Z ging naar zijn broer, die hem die nacht een slaapplek bood. Dit had hij al eerder gedaan en toen waren zijn echtgenote en de burens gaan klagen door de overlast die Z veroorzaakte. de volgende ochtend ging Z naar het gemeentehuis om een uitkering te vragen. Men kende hem daar wel vanwege dreigend gedrag met veel schreeuwen; de sociale dienst belde de crisisdienst met de vraag wat nu te doen. Z werd zeer boos toen hij begreep dat de sociale dienst over hem informatie inwon en over hem sprak, zonder zijn toestemming.

De ambulante behandelaars van het oGGZ team wilden het liefst direct een groot overleg hebben over hoe nu verder met de heer Z. Ondanks een convenant, vreesden eventuele deelnemers tijdens dat overleg dat Z diverse klachten zou gaan indienen over schending van zijn privacy.

De geneesheer-directeur van de kliniek raadde aan om een trajectplan te maken, waarin de rollen van de diverse actoren (zoals de oGGZ, de politie, de sociale dienst, de crisisdienst, de huisarts, de woningbouw, Leger des Heils) duidelijk omschreven waren en met welk doel zij wanneer iets zouden bijdragen. Bijvoorbeeld wel een gedwongen opname overwegen, maar dan meteen werken aan huisvesting daarna (door Z in te schrijven bij een woningbouwcoöperatie). Voordeel van een trajectplan is dat het voor ieder duidelijk is wat zijn/haar rol is en dat onderlinge conflicten zo min mogelijk voorkomen. Doel van zo'n plan is het beheersbaar houden van het gedrag van de heer Z en zien of hij te verleiden is tot verdere behandeling.

6. Commentaar van de jurist

Een trajectplan opmaken zonder medeweten of toestemming van de betrokkenen valt alleen te verdedigen wanneer het duidelijk is dat Z, geen toestemming zal geven en Z wel een vorm van zorg nodig heeft. Als de deelnemers aan het overleg en op basis van het convenant gegevens uitwisselen over Z met als doel noodzakelijke zorg te kunnen bieden met als neven doelstelling mogelijke overlast te voorkomen, kan die gegevens uitwisseling rechtmatig zijn. (Zie: Handreiking gegevensuitwisseling bemoeizorg; uitgave GGZ Nederland, GGD Nederland en de KNMG).

Het mooiste is natuurlijk om na verkregen toestemming van betrokkene gegevens uit te wisselen, zoals art. 457 WGBO als grondslag noemt. Maar bij mensen als Z is dat vermoedelijk niet haalbaar. Een hulpverlener, werkzaam bij een instelling of instantie die een dergelijk convenant mede heeft ondertekend, dient dan in zo'n situatie (overeenkomstig de afspraken met de overige deelnemers) in actie te komen. de in te zetten interventie (huisbezoek, gesprek aangaan, begeleiding en hulp bij financiën of huishouden aanbieden et cetera) is gericht op vertrouwen geven en krijgen, gedrag beïnvloeden om uiteindelijk noodzakelijke zorg op vrijwillige basis te kunnen bieden. Het is een goede zaak, wanneer de werkgevers hun vertegenwoordigers in voorkomende gevallen beschermen, mocht het

tot bijvoorbeeld een tuchtzaak komen. de bescherming kan bestaan uit het bieden van rechtsbijstand en het regelmatig evalueren van de werkwijze van het trajectplan overleg. De teams die op deze wijze werken zijn niet continu verzekerd van financiering voor deze hulp: de financiering komt uit de Zvw (per 2008 wordt de GGz behandeling overgeheveld naar de Zvw); begeleiding wordt vergoed via de WMO; forensische zorg per 2008 door het Ministerie van Justitie en tenslotte blijft de GGz-zorg die niet inhoudt behandeling, of intramurale zorg langer dan 365 dagen, gefinancierd uit de AWBZ.

7. GGz georganiseerd in de toekomst (tot 2017/18)

Care 2017

In 2015 fuseert de hele GGZ-Care in Nederland. Overeenkomstig de 19 rechtbankarrondissementen is er per regio een assertive community treatment-team (actteam), door wie het merendeel van de patiënten wordt begeleid en behandeld. Daarnaast is er een klinische voorziening die bestaat uit een high-care opnamekliniek voor acute gedwongen opnames conform de nieuwe behandelwet, een forensische opnameafdeling, een longstay-kliniek voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis én een longstay -kliniek voor mensen met chronische psychose. Tevens is er een indicatielinkliniek voor mensen met ernstige gedragsproblematiek waar diagnostiek en indicatiestelling plaatsvinden. en is er een aantal Time-outhuizen (psotels) waarin mensen dicht bij huis kunnen inboeken bij voortekeken voor een decompensatie of crisis. Deze psotels worden gerund door de regionale crisisdienst.

De ACT-teams -waar de verslavingszorg een integraal onderdeel van uit maakt – hebben de regionale regie en werken geïntegreerd samen met specifieke instanties al naar gelang het soort problematiek: met de GGD bij bemoeizorg/oGGz-problematiek, met de reclasering bij forensische problematiek, met verpleeghuizen bij Korsakov-achtige (NAH) problematiek en met enkele specifieke circuits, Zoals die van de verstandelijk gehandicapten.

Cure 2017

De GGz-Care ‘koopt behandelingen in’ bij de inmiddels ook in heel Nederland gefuseerde GGz-Cure en/of particuliere instellingen. Deze GGZ-Cure is ingericht naar een Cluster Diagnostiek en Indicatiestelling (D&I), een Cluster Remming en Ontremmingsstoornissen (R&O) (waaronder stemmings- angstneurotische stoornissen), een Cluster Informatieverwerkingsproblemen (I&P), waaronder psychosen en een Cluster Ziekenhuispsychiatrie (ZHP).

De GGz-Cure heeft beperkte behandelopname-mogelijkheden voor kortdurende opnames in RGC’s en Paaz’en. Bovenregionaal Zijn er nog enkele assessment-centra voor specifieke zeldzame stoornissen in het kader van functiediagnostiek (bijvoorbeeld Amygdalagerelateerd, Orbito-frontale problematiek). Deze centra hebben een hotelfunctie en behandelen niet (dus geen klinische behandelcentra); er is een organisatorische verbinding met universitaire onderzoeksinstituten.

Aansturing en organisatie anno 2017/18

De GGz-Care en GGz-Cure worden geleid door beleidspsychiaters en klinische psychologen, met een faciliterend management. Eén van de beleidspsychiaters is primus inter pares, de eerste geneeskundige. Hij is belast met de zorg voor de algemene gang van zaken op geneeskundig gebied en in het bijzonder met de kwaliteit van de zorg (waaronder

dwang en drangtoepassingen). Voor specifieke onderdelen zijn ook andere disciplines leidinggevend, bijvoorbeeld wordt de crisisdienst geleid door een spv-er.

Er is een regionale geneesheer-directeur, een psychiater, die adviezen verstrekt aan het departement van Volksgezondheid, aan de Zorgverzekeraars en die regionaal toezicht houdt op de toepassing van dwang en drang, deze monitor, aanspreekbaar is voor openbare gezondheidszorg en overlast en zwaarwegend kan adviseren en zonodig ingrijpen bij misstanden rond dwang en drangtoepassing. Hij heeft regulier contact met de klinieken (eerste geneeskundigen) en met de regionale commissie psychiatrische zorg. Deze geneesheer-directeur heeft bestuurlijke bevoegdheden als het gaat om dwangopnames/behandelingen.

Elke arrondissementskliniek (Care) heeft een medisch-juridische afdeling die verantwoordelijk is voor een klimaat waarin patiëntenrechten maximaal worden gewaarborgd, die adviseert in vragen over beroepsgeheim, informatievervalsing, klachtmogelijkheden ed. Aan het hoofd van die afdeling staat een gezondheidsjurist, die een staffunctie bekleedt, maar dwingend adviesrecht heeft inzake medisch-juridische vraagstukken. De jurist en de psychiater (eerste geneeskundige) uit die afdeling hebben geregeld overleg met de regionale geneesheer-directeur.

De zorg wordt zoveel mogelijk ambulant geleverd, waarbij e-health een belangrijke rol speelt. Indien nodig kan ambulante dwang worden uitgeoefend, waarbij het zowel kan gaan om behandeling (bijvoorbeeld medicatie) als om verpleging en verzorging (bijvoorbeeld bij mensen met beginnende dementie, mensen met hele slechte zelfzorg). Zowel voor ambulante dwang als voor dwangopname of klinische dwangbehandeling is een zorgvuldige procedure via de commissie psychiatrische zorg.

8. Zorg en veiligheid in de toekomst

De nieuwe wet geeft de officier van Justitie een spilfunctie als het gaat om psychiatrische problematiek waarbij de veiligheid voor anderen of goederen in het geding is. Hij laat Zich daarin adviseren door de commissie psychiatrische zorg (dan uitgebreid met een forensisch psychiater en psycholoog) en schat in of iemand in de beveiligde forensische opnamekliniek moet worden geplaatst of in de high-care kliniek terecht kan. Ook stelt hij een onderzoek in naar de mogelijkheden binnen het strafrecht (indien er sprake is van een strafbaar feit) dan wel dat betrokkene niet in het strafrecht terecht komt. Indien er in de high-care of andere klinieken sprake is van ernstige strafbare feiten kan de Officier iemand direct tijdelijk in hechtenis doen nemen teneinde de veiligheid in de kliniek te waarborgen. Na een periode in een huis van bewaring keert de betrokkene weer terug naar de kliniek. Bijvoorbeeld bij brandstichting kan zo'n straf direct volgen, indien dat niet leidt tot ernstige (psychotische) decompensatie.

Andersom kan de officier ook iemand uit een gevangenis direct in een high-care of andere careafdeling plaatsen als dat om zorginhoudelijke redenen geïndiceerd is. de straf opgelegd wordt dan tijdelijk geschorst tot iemand weer voldoende hersteld is, dan wel iemand wordt dan naar een longstay-afdeling verwezen.

9. De Commissie Psychiatrische Zorg (CPZ)

Deze commissie is een dynamische commissie met een professioneel ondersteunend apparaat, voorzien van een goed werkende ICT-ondersteuning en een informatie- functionaris die op de hoogte is van actuele jurisprudentie, politieke besluitvorming, beslissingen van andere commissies in Nederland en opleidings- en onderwijsaanbod.

In de commissie zitten als kern een (gezondheids)jurist , een persoon die het algemeen maatschappelijk perspectief als uitgangspunt heeft en een psychiater. Afhankelijk van de aard van de problematiek kunnen specifieke deskundigen deelnemen aan de commissie, zoals een kinder- en jeugdpsychiater, een verslavingsarts, een spv-er ,een reclasserings-functionaris en/of een forensisch psychiater/psycholoog.

De regionale geneesheer-directeur en de Officier van Justitie hebben een regulier contact met de commissie. Hierin worden besluiten van de commissie en van de officier zo nodig besproken en afgestemd.

De commissie psychiatrische zorg adviseert de rechter over de dwangopname of behandeling. de rechter neemt in principe het besluit van de commissie over, tenzij de betrokkene alsnog de rechter wil spreken als een soort beroepsmogelijkheid. de gang naar de rechter is vanzelfsprekend mogelijk. In sommige arrondissementen heeft men er bij wijze van experiment voor gekozen om de rechter de rol van de jurist in de commissie psychiatrische zorg te geven. Voordeel is een snellere procedure, nadeel is dat de gang naar de rechter al is geweest en ‘beroep’ daarom niet meer mogelijk is.

De commissie psychiatrische zorg toetst de klinieken op medisch-juridische zaken en heeft zicht op de trajectplannen van de actteams bij mensen met complexe zorgbehoefte en gedrag. In deze trajectplannen staat ook wie (welke instanties) aan het traject deelnemen, met welk deeldoelstelling en verantwoordelijkheid, en tevens welke informatie met wie mag worden gedeeld.

10. Commentaar van de jurist op deze psychiatrische toekomstvisie

Na een reeks van calamiteiten in de jeugdzorg, de forensische zorg en de reguliere GGz (kindermishandeling, wachtlijsten, ontspoorde jongeren, ontsnapte tbs'ers, en te laat gesignaleerde tijdbommen) heeft de regering in 2008 besloten te komen tot een nieuwe wettelijke regeling, die uiteindelijk in 2010 in werking kon treden.

Tegelijkertijd is een extra bedrag uitgetrokken voor adequate randvoorwaarden: er is geïnvesteerd in bouwkundige voorzieningen, in deskundig en voldoende personeel, en in voorlichting aan professionals en aan het publiek over de nieuwe mogelijkheden die deze wet biedt.

Begeleiden, behandelen en zo nodig beveiligen: waar mogelijk met toestemming van de patiënt zelf, bij wilsonbekwaamheid begeleiden en behandelen met vervangende toestemming van de wettelijk vertegenwoordiger. In dat geval wordt de geboden zorg regelmatig getoetst door de commissie psychiatrische zorg op noodzaak, proportionaliteit en subsidiariteit. Zolang de wilbekwaamheid ten aanzien van de behandeling afwezig is, heeft de patiënt zelf geen zeggenschap over zijn behandeling anders dan in het verleden op een schriftelijke wilsverklaring of zelfbindingsverklaring is aangegeven. de noodzakelijke behandeling zal de patiënt des te eerder in staat stellen weer wel verantwoordelijkheid te dragen en zeggenschap te herkrijgen over het eigen leven. de cpz, of een niet bij de behandeling betrokken psychiater namens de cpz, toetst de afwezigheid van wilsbekwaamheid met een zekere regelmaat, afhankelijk van verzet en aard van de behandeling.

Zo nodig vindt een opname plaats: waar mogelijk met instemming van betrokkene, waar dat niet mogelijk is met vervangende toestemming van de rechter, na een advies verkregen te hebben van de cpz.

De rechter heeft duidelijke criteria waaraan getoetst moet worden of en zo ja binnen welke instelling betrokkene dient te worden opgenomen: een beveiligde afdeling met behandeling, of een beschermende afdeling met begeleiding en alles wat daar tussen mogelijk is. de strafrechter heeft de mogelijkheid gekregen een verdachte die tevens geestelijk gestoord is een strafvonnis of een (civiele) Behandelmaatregel op te leggen. Behandeling in de gevangenis wordt mogelijk met de introductie van de gespecialiseerde psychoseklinieken, behorend bij een gevangenis.

Een veroordeling door de strafrechter rechtvaardigt dat een persoon in een ander regime terecht komt, maar rechtvaardigt niet dat het andere regime zorginhoudelijk verschilt van het GGZ-regime.

De vrijheidsbeneming moet in 2017/18 vanzelfsprekend de toets van het EVRM kunnen doorstaan: de geestesstoornis moet zijn vastgesteld door een arts die daar verstand van heeft (psychiater, geriater bij dementie, arts-assistent in opleiding tot één van deze specialisten in een ver gevorderd stadium), de vrijheidsbeneming is noodzakelijk en proportioneel; elke patiënt, ook die er niet om vraagt heeft recht op een goede behandeling en goede zorg in een veilige omgeving. de behandeling na de opname in het ziekenhuis (of, in voorkomende gevallen, in de psychosekliniek van de gevangenis) wordt zo spoedig mogelijk ingezet om het verblijf niet langer dan noodzakelijk is te laten voortduren, maar bovenal om de stoornis zo snel mogelijk en zo lang als noodzakelijk is, te behandelen. Indien de patiënt zich niet kan vinden in enig behandelingsplan dat hem is voorgesteld, vindt de behandeling plaats die op verzoek van de behandelend specialist voor advies is voorgelegd aan de cpz, ook indien inmiddels een vertegenwoordiger toestemming voor de behandeling heeft gegeven. de commissie oordeelt daarover binnen 2 weken na een verzoek, in de kliniek. Als er vervangende toestemming van de vertegenwoordiger is gegeven en de patiënt verzet zich niet tegen de behandeling, kan de cpz binnen 4 weken oordelen.

De patiënt wordt altijd in de gelegenheid gesteld te worden gehoord.

Indien de voorgestelde behandeling kan worden gestart, vindt regelmatig toetsing plaats door de cpz. Ook wanneer de patiënt niet zelf zijn toestemming geeft of kan geven voor de behandeling, wordt hij consequent geïnformeerd over doel, noodzaak en verwachte duur van de behandeling, en alles wat verder nodig is aan informatie wordt de patiënt meegedeeld, afgestemd op zijn bevattingsvermogen. Elke toepassing van drang of dwang wordt geëvalueerd met de patiënt en eventueel met zijn familie of andere betrokkenen.

Zodra dat mogelijk is wordt de behandeling of begeleiding voortgezet in een minder beveiligde omgeving, of zelfs ambulant. Ook ambulant houdt de cpz contact met hulpverleners en patiënt; over- of terugplaatsing van regulier naar forensisch en omgekeerd is mogelijk indien de trajectbehandeling in het vonnis casu quo de beschikking was opgenomen.

De reclassering heeft een taak gekregen bij deze trajectbehandeling: er zijn meer uren beschikbaar per patiënt die begeleiding nodig heeft van het politiebureau tot einde behandeling/begeleiding door de hulpverlening.

11. Casus: dwangtoepassing in 2017/18

De heer Z heeft bij zijn eerste psychose behandeling gekregen van het cluster Informatieverwerkingsproblemen van de sector Cure. Het nieuwe antipsychotische middel Dopa-

diff-XR, dat geen klassieke en metabole bijwerkingen geeft (en ook in depotvorm beschikbaar is), werd met succes toegepast. de psychotische symptomen verdwenen en de informatieverwerking verbeterde. Met een alpha-stimulans-microstroombehandeling werd getracht de agressieve impulsen te onderdrukken. de angsten van de heer Z werden wel minder, maar helaas lukte het niet zijn agressieve gedrag te beïnvloeden. Ook lukte het niet hem te motiveren voor cognitieve functietraining, gericht op herkenning en zelf-manipulatie van impulsiviteit.

Omdat hij bijzonder gevaarlijk gedrag vertoonde werd hij met een rechterlijke machtiging (via commissie psychiatrische zorg) overgeplaatst naar de High-Care Opname afdeling, en vandaar tijdelijk naar de indicatieliniek voor ernstige gedragsproblematiek. Doelstelling daarbij was hem middels alpha-stimulans-behandeling alsnog in de trainingsgroep te kunnen opnemen. Na een half jaar werd zijn behandeling geëvalueerd en werd besloten tot verdere ambulante begeleiding.

Uiteindelijk lukte het om via het actteam hem een ambulante behandelvorm te kunnen aanbieden. Omdat hij toch gedragsproblemen bleef houden en ook criminele activiteiten ondernam, werd een forensisch onderzoek gedaan. Daaruit kwam naar voren dat zijn crimineel gedrag geen causaal verband had met zijn (psychotische) stoornis. Gezien de complexiteit werd een trajectplan opgesteld. Dit trajectplan werd opgesteld door het actteam van zijn arrondissement. Deelnemers aan het trajectplan zijn naast de spv en psychiater van het act, een GGD-maatschappelijk werker, een reclasseringswerker, de Officier van Justitie, een politiefunctionaris, het Leger des Heils en een functionaris van de woningbouwstichting. Zij hebben afgesproken om Z ambulant te behandelen in overleg met diens wettelijk vertegenwoordiger (broer). Er is een voortzetting van zijn rechterlijke machtiging aangevraagd bij de commissie psychiatrische zorg teneinde hem een ambulante dwangbehandeling. Te kunnen geven. Deze machtiging is verleend op basis van zijn stoornis (schizofrenie), het gevaar van verloedering en vanwege wilsonbekwaamheid. Vanwege dat laatste aspect is het zijn broer die toestemming moet geven en niet Z zelf. Wilsonbekwaam verzet wordt niet meer geaccepteerd. Wel is vastgelegd dat de behandeling van Z regelmatig wordt geëvalueerd alsook zijn wilsonbekwaamheid ter zake van de antipsychotische behandeling.

Met de Officier van Justitie is afgesproken dat Z voor strafbare feiten in de gevangenis kan komen, tenzij zijn toestand dat niet toelaat.

Als Z dan toch onverwacht psychotisch langs de snelweg loopt, blijkt dat hij zijn medicatie niet heeft gekregen. Gezien de matige conditie waarin hij verkeert en het gebrek aan mogelijkheden tot verzorging, wordt hij onder de RM opgenomen voor een beperkte periode. Doel is zijn conditie te verbeteren, zijn behandeling te hervatten, zijn huisvesting weer wat op orde te brengen en zijn wilsbekwaamheid te vergroten.

Dat loopt goed, maar Z krijgt al snel genoeg van zijn opname en vertoont dwingend antisociaal gedrag. Als hij dan brandsticht en die daad komt niet voort uit zijn psychose, wordt hij overgebracht naar het Huis van Bewaring. Zodra hij zijn straf heeft uitgezeten, wordt beoordeeld of hij voldoende in staat is om naar zijn pensioen terug te keren.

Omdat Z zich benadeeld voelt schrijft hij een brief aan de regionale geneesheer-directeur en beklaagt zich over het trajectplan, over de commissie psychiatrische zorg en over de Officier van Justitie. de geneesheer-directeur komt na onderzoek tot de conclusie dat de zorg is verlopen volgens wettelijke voorschriften, alleen had de wilsbekwaamheid na redelijk succesvolle behandeling geëvalueerd moeten worden. Hij draagt het actteam op dat te doen en hem dan opnieuw te informeren.

Toekomstwensen

De nieuwe wettelijke regeling maakt gedwongen zorg en vrijheidsbeneming transparant, toetsbaar en minder bureaucratisch, terwijl de rechtsbescherming van betrokkene gewaarborgd blijft. Samengevat komt dat neer op het volgende:

Eén transmurale machtiging maakt verschillende interventies mogelijk

Passende zorg (gedwongen) al dan niet gepaard gaande met vrijheidsbeneming wordt benoemd in de transmurale machtiging, afgestemd op het individu

Eén geneeskundige verklaring vervangt de acht die er tot 2010 gehanteerd werden

Vervangende toestemming in geval van wilsonbekwaamheid eerst van de wettelijk vertegenwoordigers; afhankelijk van de mate van verzet en de aard van de interventie wordt vervangende toestemming gevraagd via de Commissie Psychiatrische Zorg van de rechter.

De strafrechter kan bij een geestesstoornis gebruik maken van de transmurale machtiging naar de gespecialiseerde GGz of naar het gevangeniswezen; in beide voorzieningen worden zorg en behandeling geboden van hetzelfde niveau

Er zijn 19 regionale commissies psychiatrische zorg die adviseren; er is 1 college psychiatrisch zorg dat coördineert en als vraagbaak fungeert, beleid ontwikkelt en gesprekspartner is voor de ketenpartners zoals gemeentes, woningbouwcorporaties en eerste geneeskundigen.

Schizofrenie kan in 201/18 inmiddels wel beter behandeld worden – ondermeer door nieuwe medicatie die specifieke functies kan verbeteren en door de mogelijkheid van ambulante dwangtoepassing. Winst is behaald op het gebied van samenwerking en afstemming waardoor patiëntenrechtsbescherming goed is geregeld, de dwangtoepassing proportioneel is en mensen niet aan hun lot overlaat.

Personalia

Dr. Adger J.K. Hondius is psychiater en geneesheer-directeur van Meerkanten, GGz Flevo-Veluwe. Hij is redacteur van het Journaal GGZ en Recht en is lid van bestuurscommissie Bopz/Tbs/PIJ van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Samen met anderen verzorgt hij de 'Meesterklas' voor geneesheren-directeuren/ eerste geneeskundigen. Verder is hij rapporteur Pro Justitia i.o.

Mr. T.E. Stikker, jurist bij GGZ Nederland. Zij houdt zich bezig met (forensische) patiënten en kwaliteitswetgeving; zij adviseert leden over juridische vraagstukken, met name inzake de Wet Bopz, de WGBO, de Wet BIG en de Kwaliteitswet zorginstellingen. Ook overlegt zij met politici en wetgevingsjuristen over wetsvoorstellen op bovengenoemde terreinen. Redacteur van o.a. Praktijkreeks Bopz: samenhang Wgbo en Bopz; en JGGZR Handboek wetgeving forensische psychiatrie; medeauteur van de Vraagbaak psychiatrie en recht, 400 veelgestelde vragen.

Aangehaalde literatuur

Wet Bopz 2007

Evaluatierapport: voortschrijdende inzichten.... Derde evaluatiecommissie van de Wet Bopz. Deel I. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, april 2007.

HOOFDSTUK 2

JEUGD

Getuigenverklaringen in seksueel misbruikzaken

Een exploratief onderzoek naar de samenhang tussen de rapportage van de getuigendeskundige en de uitspraak van de rechter

M. Bos, R. Bullens, J. van Horn en A. Collot d'Escury-Koenigs

Samenvatting

Dit hoofdstuk presenteert een onderzoek naar de samenhang tussen rapportages van getuigendeskundigen en de uitspraak van de rechter. In de rapportages werd verslag gedaan van de geloofwaardigheid/betrouwbaarheid van de getuigenverklaring van jonge kinderen (n=89). Een verklaring van een getuigendeskundige is in dit soort zaken gebaseerd op een analyse van politieverhooren, het verbatim verslag van het studioverhoor en informatie over de voorgeschiedenis.

De getuigendeskundige analyseert de verschillende bronnen met behulp van onder meer de Statement Validity Assessment methode (de SVA), waarvan de CBCA (Content Based Criteria Analysis) en de VC (Validity Checklist) een onderdeel vormen. Onderzoek¹ toont aan dat de SVA een belangrijke rol speelt bij de analyse van de geloofwaardigheid van een getuigenverklaring. de validiteit en betrouwbaarheid van de SVA zijn echter regelmatig bekritiseerd. Het huidige onderzoek laat zien dat vooral de VC kenmerken samen blijken te hangen met het oordeel van de rechter. Analyse van 89 verklaringen van getuigendeskundigen bij geheel of gedeeltelijk ontkennende verdachten toont een significante correlatie tussen voornamelijk de VC, informatie betreffende voorgeschiedenis en de formele instructies betreffende het verhoorprotocol enerzijds en het oordeel van de rechter anderzijds. de CBCA, de inhoudsanalyse, toont nauwelijks samenhang met het oordeel van de rechter. Emotionele reacties van de getuige vertonen zelfs een negatieve samenhang met het oordeel van de rechter. de uitkomsten van het huidig onderzoek onderstrepen de noodzaak van nader onderzoek ten aanzien van de SVA. Ook het toepassen van de SVA bij specifieke groepen (bijvoorbeeld licht verstandelijk beperkten, of kinderen met aan autisme verwante problematiek) vereist nader onderzoek.

Trefwoorden: getuigendeskundige; interview; getuigenverklaring van (jonge) kinderen; Statement Validity Assessment; Criteria Based Content Analysis; Validity Checklist; rechterlijk oordeel.

1. Inleiding

Een kind vertelt zijn ouders spontaan over een (vermeende) ervaring van seksueel misbruik. de ouders doen aangifte en het kind legt een verklaring af bij de politie. Gedurende de gerechtelijke procedure ontkent de verdachte echter stellig dat er sprake is geweest van seksueel contact/misbruik. Deze zogeheten 'één tegen één situatie' (aangever versus verdachte) komt met name in zedenzaken waarbij kinderen (als vermeend slachtoffer) zijn betrokken, regelmatig voor en vormt een groot dilemma voor de rechtspraak.

¹ Lamers-Winkelmann, 1996.

Het probleem in deze situaties ligt in de bewijsvoering. In het Nederlandse rechtssysteem zijn twee belangrijke bewijsminima opgenomen die bewezenverklaring in zedenzaken lastig maken. Ten eerste mag de rechter niet tot een bewezenverklaring komen als de bewijsmiddelen zijn gebaseerd op de bekentenis van een enkele verdachte (art. 341 lid 4 Sv). Ten tweede mag een bewezenverklaring niet slechts leunen op de verklaring van één getuige (art. 342 lid 3 Sv). In de bovengenoemde situatie kan aan deze eisen niet worden voldaan. In 1995 heeft de Hoge Raad (NJ 1996; 666) in een civiele zaak arrest gewezen, waarbij de verklaring van een getuigendeskundige ten aanzien van de geloofwaardigheid van de getuigenverklaring als tweede zelfstandig bewijsmiddel kan gelden.^{2 3} Sindsdien wordt regelmatig een (onafhankelijk) getuigendeskundige benoemd, om advies te geven over de geloofwaardigheid van een getuigenverklaring. de verklaring van de getuigendeskundige is om die reden van grote invloed. Zonder de verklaring van een getuigendeskundige is er immers onvoldoende bewijs: ‘één bewijs is geen bewijs’. Het uiteindelijke oordeel van de rechter wordt in de Raadkamer achter gesloten deuren genomen. Hoe dit oordeel tot stand komt, blijft voor de buitenwereld onbekend en wordt om die reden toepasselijk ‘het geheim van de raadkamer’ genoemd.

In dit hoofdstuk wordt de samenhang tussen de rapportage van de getuigendeskundige en de uitspraak van de rechter geanalyseerd. Eerst wordt kort ingegaan op de vraag of kinderen in staat zijn een geloofwaardige verklaring af te leggen en hoe getuigendeskundigen deze geloofwaardigheid beoordelen. Vervolgens wordt het onderzoek beschreven. Het hoofdstuk sluit af met enkele praktische aanbevelingen en suggesties voor vervolgonderzoek.

2. Geloofwaardigheid van jeugdige getuigen

De vraag of, en zo ja in welke mate, verklaringen die kinderen in gerechtelijke procedures afleggen geloofwaardig zijn, is sinds het begin van de 20^e eeuw in de wetenschappelijke literatuur veelvuldig gesteld. Tot in de jaren zeventig van de vorige eeuw heerste de overtuiging dat de geloofwaardigheid van deze verklaringen gering was. Sinds de jaren tachtig is de aandacht voor dit vraagstuk met betrekking tot de geloofwaardigheid van (zeer) jonge getuigen sterk toegenomen. Dit komt onder meer doordat seksueel misbruik van jonge kinderen sinds die tijd nadrukkelijker als een serieus maatschappelijk probleem wordt beschouwd.⁴

In de literatuur wordt gesteld dat (jonge) kinderen moeite hebben om realiteit en fantasie van elkaar te onderscheiden. Daarnaast zouden kinderen vatbaar zijn voor de autoriteit van volwassenen.⁵ Anderzijds worden kinderen beschreven als zich verzettend tegen suggestibiliteit en weinig leugenachtig als het gaat om (seksuele) mishandeling. de laatste decennia is naar voren gekomen dat vooral de *wijze van ondervraging* van het kind (als vermeend getuigenslachtoffer) van cruciaal belang is voor de kwaliteit/geloofwaardigheid van de verklaring. Diverse studies hebben aangetoond dat suggestieve technieken tijdens een ondervraging (zoals het leggen van druk op het kind, het stellen van gesloten, suggestieve vragen en het geven van negatieve feedback op een antwoord) kunnen leiden tot

² Doek, 1998.

³ Rassin, 2000.

⁴ Eden, 1996.

⁵ Bruck & Ceci, 1993.

minder accurate en zelfs onware verklaringen.⁶ Overigens geldt dit niet alleen voor kinderen. Ook volwassenen kunnen zich sterk laten leiden door suggestieve of gesloten vragen.⁷ Dit betreft niet alleen professionele interviews door politie en psychologen, maar ook gesprekken tussen kind en anderen (familie en vrienden). Thans overheerst de gedachte dat kinderen in staat zijn een geloofwaardige verklaring af te leggen, mits de ondervraging op correcte wijze en onder de juiste omstandigheden plaatsvindt.^{8 9} De vraag is dan ook niet meer zozeer of kinderen betrouwbare getuigenverklaringen kunnen afleggen, maar vooral of de getuigenverklaring betrouwbaar is verkregen.

3. De beoordeling van een getuigenverklaring

De beoordeling van een getuigenverklaring van een kind is een gecompliceerde zaak. Hoewel mag worden verwacht dat de getuigendeskundige een belangrijke bijdrage aan de uitspraak van de rechter kan leveren, is tot op heden nauwelijks onderzoek verricht naar de rapportages van deze getuigendeskundigen. Recent is een groot aantal rapportages van (Nederlandse) getuigendeskundigen bestudeerd.¹⁰ Hieruit kwam naar voren dat de getuigendeskundigen veelal dezelfde methode hanteerden voor het analyseren van getuigenverklaringen, maar dat de wijze waarop de methode wordt toegepast, en hoe over de resultaten wordt gerapporteerd zeer uiteenloopt.

Veel getuigendeskundigen maken gebruik van de *Statement Validity Assessment* (SVA). Deze methodiek bouwt voort op het werk van de in de jaren vijftig in Duitsland door Undeutsch ontwikkelde *Statement Reality Analysis* (SRA) en is later verder ontwikkeld door Steller en Köhnken.¹¹ De SVA bestaat uit twee checklists: de *Criteria Based Content Analysis* (CBCA), een checklist om de kwaliteit van de *inhoud* van de verklaring te beoordelen en de *Validity Checklist* (VC), een checklist om aspecten over de *validiteit* van de verklaring in te schatten. In de wetenschappelijke literatuur staat de SVA regelmatig ter discussie.^{12 13 14} Opmerkelijk genoeg is daarbij nauwelijks onderzoek gedaan naar de *volledige* SVA, noch naar de VC: wetenschappelijk onderzoek blijkt zich vooralsnog vooral geconcentreerd te hebben op het gebruik van de CBCA als geloofwaardigheidstest (in plaats van als *checklist*). Het gebruik van de CBCA zou daarbij een ‘waar’ versus ‘onwaar’ resultaat moeten opleveren met betrekking tot de getuigenverklaring van het vermeende slachtoffer. Een dergelijke *incorrecte* toepassing blijkt teveel type 1- en 2-fouten (vals positieven/negatieven) op te leveren.¹⁵ Gebruik van de CBCA als *checklist* (in plaats van als *test*) genereert echter enkel aanwijzingen *voor* en *tegen* de geloofwaardigheid van een getuigenverklaring. De SVA is dan ook slechts bedoeld als een *hulpmiddel* om de geloofwaardigheid van een getuigenverklaring in kaart te brengen.^{16 17} Het is aan de rechter om deze aanwijzingen vervolgens te *wegen*, om – wellicht met nog *andere*

⁶ Bruck, Ceci & Hembrooke, 2002.

⁷ Rassin, 2007.

⁸ Bruck & Ceci, 1999.

⁹ Chae & Ceci, 2005.

¹⁰ Nierop, Van den Eshof & Brandt 2006.

¹¹ Steller & Köhnken 1989.

¹² Ruby & Brigham 1997.

¹³ Vrij 2005.

¹⁴ Vrij, Akehurst, Soukara & Bull 2002.

¹⁵ Rassin 2000.

¹⁶ Bullens, 1998; 2004.

¹⁷ Lamers-Winkelmann 1996.

hem ter beschikking staande informatie – uiteindelijk tot een rechterlijk oordeel te komen.

In het onderhavige onderzoek stonden de rapportages van getuigendeskundigen in zedenzaken met betrekking tot (zeer) jonge kinderen centraal. de algemene vraagstelling luidt: welke aspecten van de rapportages van de getuigendeskundigen hangen samen met de uitspraak van de rechter?

4. Onderzoek

Methode

Er werd gebruik gemaakt van deskundigenrapportages¹⁸ uit de jaren 2002 tot en met het eerste kwartaal van 2005. In totaal werden 68 rapportages¹⁹ (met – in een aantal daarvan – méér dan één getuigenverklaring) geselecteerd, op basis van de volgende drie criteria: de getuige was jonger dan 17 jaar oud, de getuige had één verklaring afgelegd en de getuigendeskundige had gebruik gemaakt van de *Statement Validity Assessment*.

Onderzoeksgroep

De onderzoeksgroep bestond uit 89 getuigen, van wie 61 meisjes (69%) en 28 jongens (31%), die bij de politie een verklaring over (vermeend) seksueel misbruik hadden afgelegd. de gemiddelde leeftijd van de jeugdige getuigen ten tijde van de verklaring was 9 jaar (Sd.=3,3). Ruim de helft van de kinderen was van Nederlandse afkomst (67,8%). Bij 15 procent van de getuigen was sprake van een cognitieve beperking.

Naast de 89 getuigen maakten ook 70 verdachten onderdeel uit van de onderzoeksgroep. Tegen 16 verdachten hadden meerdere getuigen een verklaring afgelegd. de verdachten waren grotendeels van het mannelijke geslacht (92,9%) en van Nederlandse afkomst (85,7%). Zij waren gemiddeld 39,3 jaar oud (Sd.=14,0) en waren allen een bekende van de getuigen. Ruim de meerderheid (84,3%) van de verdachten had ten aanzien van de beschuldiging een *ontkennende* verklaring afgelegd. Géén van de verdachten had de verklaring volledig bekend.

Materialen

De rapportages van de getuigendeskundigen werden in kaart gebracht met behulp van een speciaal voor dit onderzoek samengestelde ‘*getuigendeskundige checklist*’. Deze is gebaseerd op een semi-gestructureerde *vragenlijst* voor het analyseren van getuigenverklaringen, op de handleiding ‘Horen jonge getuigen’²⁰ en op de items van de SVA (zie bijlage I voor de gehele ‘*getuigendeskundige checklist*’.²¹

Deze checklist bestaat uit 68 items, en is opgedeeld in 4 domeinen, te weten: (1) de Ontstaansgeschiedenis en Motivationale Aspecten; (2) de Interviewaspecten; (3) de CBCA en (4) de VC.

¹⁸ Deze rapportages waren in het kader van een strafrechtelijke procedure in opdracht van de rechtbank of het Hof vervaardigd door gedragswetenschappers van FORA, afd. Leiden.

¹⁹ Elk rapport is opgesteld volgens een vaste structuur: Aanleiding onderzoek; relevante dossierinformatie; motivationele aspecten; analyse van het interview; substantiële informatie; uitwerking SVA (CBCA/VC); overwegingen; beantwoording vraagstelling. Wat betreft de lengte van elk rapport vormt 20-30 pagina's een goede schatting.

²⁰ Dekens & Van der Sleen 1997.

²¹ Bos, e.a. 2005.

In het eerste domein *Ontstaansgeschiedenis en Motivationale Aspecten* wordt de periode vanaf het (vermeend) seksueel misbruik tot en met het studioverhoor in kaart gebracht. Aspecten die hierbij aan de orde komen, zijn: de onthulling van het (vermeende) seksueel misbruik door het kind en mogelijke motieven bij de direct-betrokkenen voor het (laten) afleggen van een valse verklaring. Een voorbeeld van een item binnen dit domein is: 'Is er sprake van "ruis" in de verklaring'. Dit item bekijkt of er voorafgaande aan, dan wel volgend op de onthulling (al dan niet onbewuste/onbedoelde) beïnvloedingsprocessen een rol kunnen hebben gespeeld ten aanzien van de inhoud van de afgelegde verklaring, bijvoorbeeld door het achteraf stellen van gesloten, suggestieve vragen aan het kind ('Heeft de buurman niet alleen *aan*, maar ook *in* jouw vagina gezeten?'); kan er (onbewust/ onbedoeld) onjuiste informatie van derden aan het kind zijn overgebracht, die later door het kind in diens verklaring wordt opgenomen.

In het tweede domein *Interviewaspecten* worden kenmerken van de interviewsituatie, de interviewer en de geïnterviewde (het kind) beoordeeld. Een belangrijk onderdeel daarbij is of de interviewer zich aan de handleiding 'Horen jonge getuigen' houdt. Deze handleiding is opgesteld om de kwaliteit van de interviews te bevorderen. Hierin is onder meer vastgelegd dat de interviewer aan het begin van een interview de interviewcondities moet toelichten aan de hand van vier²² instructies: (1) aangeven dat de interviewer zelf niet bij het seksueel misbruik aanwezig is geweest [zodat *alle* informatie vanuit het kind moet komen]; (2) aangeven dat het kind het mag zeggen als het iets niet weet; (3) dat het uitleg mag vragen als het iets niet begrijpt; en (4) dat het de interviewer mag verbeteren als deze verkeerd samenvat wat het kind eerder heeft verklaard. Met deze toelichting moet worden voorkomen dat het kind denkt dat de interviewer zelf alles al weet over het seksuele misbruik, zoals bij het 'schoolscenario'.²³ Tevens wordt bekeken of het interviewscenario, zoals in voornoemde handleiding aangegeven, wordt gevolgd: de kennismaking, het zakelijke gedeelte en de afronding. Voor de overgang van kennismaking naar het 'zakelijke' gedeelte van het interview (gesprek met het kind over het [vermeend] seksueel misbruik) bestaan drie mogelijkheden: scenario A – aan de hand van een open vraag stimuleert de interviewer het kind zoveel mogelijk zijn eigen verhaal te vertellen: 'Kun jij mij vertellen waar je over wilt praten?' Als het kind niet ingaat op deze vraag, dient de interviewer over te stappen naar scenario B. In dit scenario tracht de interviewer op *indirecte* wijze met het kind in gesprek te komen over de verdachte, zonder het inbrengen van voorinformatie. Een mogelijkheid hierbij is het aanbieden van *schematische tekeningen* van een blote jongen en een bloot meisje. de interviewer vraagt daarbij eerst naar de namen en functies van verschillende algemene lichaamsdelen en vervolgens naar de meer specifieke lichaamsdelen, zoals borsten en geslachtsdelen. Als het kind niets vertelt naar aanleiding van de scenario's A en B, stapt de interviewer over naar scenario C. In dit scenario confronteert de interviewer het kind met (*niet*-misbruik gerelateerde) informatie uit de aangifte, die wellicht als *cue* kan gaan dienen om het herinneringsproces bij het kind op gang te brengen. Concreet valt bijvoorbeeld te denken aan een kind dat in een speeltuin (vermeend) is misbruikt. de interviewer kan het kind vragen waar het zoal speelt na

²² In 2005 is een vijfde instructie toegevoegd: aangeven dat de interviewer soms bepaalde vragen zal herhalen, hetgeen niet betekent dat het eerdere antwoord van het kind fout was, maar wel dat de interviewer er meer van wil weten en/of het gegeven antwoord (nog) niet begrijpt.

²³ D.i. het kind kan denken dat de interviewer iets vraagt wat deze zelf reeds weet, met als enig doel (conform de schoolsituatie) de door het kind gegeven antwoorden te *controleren* en niet, zoals bedoeling van het interview is, om *nieuwe* (lees: voor de interviewer onbekend geachte) informatie te vergaren.

schooltijd, binnen en/of buiten, en indien buiten: waar dan buiten, en welke leuke en niet-leuke dingen het kind tijdens het spelen zoal meemaakt. Door over de speeltuin te gaan praten, kan het kind zich wellicht het (vermeende) misbruik gaan herinneren. Indien het kind – ongeacht de reden – wederom *geen* relevante informatie naar voren brengt, wordt het interview afgerond.

In het derde domein, de *CBCA*, komt de *inhoud* van de verklaring van het kind aan bod. In de *CBCA* komen globaal gezien de volgende aspecten aan de orde: algemene karakteristieken van de inhoud (e.g. 'Hoeveelheid details met betrekking tot het seksuele misbruik'), specifieke inhoud (e.g. 'Beschrijving van non-verbale interacties'), bijzonderheden qua inhoud (e.g. 'Aangeven van eigen mentale staat'), motivatie gerelateerde inhoud (e.g. 'Toegeven iets vergeten te zijn') en specificiteit van de inhoud (e.g. 'grooming-variabelen' [dat wil zeggen, door de verdachte eventueel toegepaste 'plegerstrategieën']). In het vierde domein, de *VC*, wordt naar verschillende *validerende* kenmerken gekeken. de items van de *VC* behandelen aspecten die betrekking hebben op het kind (e.g. 'Was de taal die het kind gebruikte in overeenstemming met de leeftijd'), het interview (e.g. 'Werden er ondersteunende tekeningen in het interview gebruikt'), de motivatie (e.g. 'Was de context vrij van motieven voor het [laten] afleggen van een valse verklaring') en overige overeenkomstige onderzoeksbevindingen (e.g. 'Zijn er medische gegevens consistent met de beschuldiging').

Procedure

De rapportages van de getuigendeskundigen zijn met behulp van de eerder genoemde '*getuigendeskundige checklist*' door de eerste auteur gescoord (i.e. aanwezigheid of afwezigheid van de betreffende items). Voor het vaststellen van de interbeoordelaar betrouwbaarheid is een tweede beoordelaar ingezet om onafhankelijk 20 rapportages van getuigendeskundigen te scoren. Beide beoordelaars waren vertrouwd met de rapportages van de getuigendeskundigen en waren tevens bekend met de *Statement Validity Assessment*. de interbeoordelaar betrouwbaarheid van de items was over het algemeen matig tot uitstekend (0,40 en 0,97). Volgens richtlijnen²⁴ werden de *single ICC*'s berekend voor het *two way random effect*-model met een absolute overeenstemming als criterium. de *single ICC*-waarden geven zicht op de betrouwbaarheid van de items indien deze worden uitgevoerd door één persoon. Voor de interpretatie van de *ICC*'s werden de volgende richtlijnen aangehouden: $ICC \geq .75$ = uitstekend, $.60 \geq ICC \leq .75$ = goed, $.40 \geq ICC \leq .60$ = matig, $ICC < .40$ = slecht. Aan de hand van beide beoordelingen is een consensusbespreking gehouden, waarin de score van enkele items nader werden gespecificeerd in de '*getuigendeskundige checklist*'.

De schriftelijke vonnissen zijn met toestemming van de Raad voor de Rechtspraak opgevraagd bij de verschillende rechtbanken. de uitspraak werd vastgesteld aan de hand van het (verkort) schriftelijk vonnis, dat door de onderzoeker volledig is gelezen en ingedeeld in de volgende twee categorieën: veroordeling versus geen veroordeling.

Data analyse

Per domein is de samenhang tussen de rapportages van de getuigendeskundigen en de uitspraak van de rechter berekend met behulp van een binaire logistische regressie analyse (Enter methode), met de uitspraak van de rechter ('veroordeling' versus 'geen veroordeling') als afhankelijke variabele. Om het meest passende model te bereiken, zijn de va-

²⁴ Shrout & Fleiss, 1979.

riabelen die in geringe mate samenhangen met de uitkomstmaat ‘veroordeling’ uit de analyses verwijderd. Als significantieniveau werd een $p \leq 0.05$ aangehouden.

5. Resultaten

Verklaringen

Van de 89 getuigen verklaarden 88 tijdens het studioverhoor over het seksuele misbruik. Eén kind verklaarde in het geheel niets over mogelijk seksueel misbruik. Een groot scala aan seksuele handelingen werd gerapporteerd. In totaal werden 160 seksuele handelingen vermeld (zie tabel 1).

Tabel 1 – gerapporteerde seksuele handelingen (n=160) -

	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Betasten boven de kleding</i>	23	14,4
<i>Betasten onder de kleding</i>	30	18,9
<i>(Wederzijdse) masturbatie</i>	17	10,6
<i>Tongzoenen</i>	11	6,9
<i>Orale seksuele handelingen</i>	23	14,4
<i>Poging tot (vaginale/anale) penetratie</i>	15	9,4
<i>Vaginale/anale penetratie</i>	23	14,4
<i>Tonen van pornografisch materiaal aan kind</i>	3	1,9
<i>Produceren van pornografisch materiaal</i>	2	1,3
<i>Exhibitionisme van pleger in bijzijn kind</i>	3	1,9
<i>Masturberen van pleger in bijzijn kind</i>	10	6,3

Voorspellers voor veroordeling

Onderzocht werd welke aspecten van de rapportage van de getuigendeskundige samenhangen met de uitspraak van de rechter. In tabel 2 worden de resultaten per domein weergegeven.

Tabel 2 – Best passende regressie model voor de samenhang tussen aspecten van de rapportage van de getuigendeskundige en veroordeling van de verdachte –

Voorspellende factoren		Veroordeling			
		B	Wald statistic	p	Exp (B)
<i>Ontstaansgeschiedenis en Motivationele aspecten (n=66)</i>					
3	Meerdere onthullingen	0,59	2,52	0,11	1,80
4	Vermoedens van seksueel misbruik bij ouders/derden	0,06	0,03	0,87	1,06
5	Scheiding	0,42	0,96	0,33	1,52
6	Buurtgeruchten rondom de pleger ('plegergeruchten')	-0,37	0,29	0,59	0,69
7	Ruimte voor ruis	1,19	5,29	0,02*	3,29
<i>Interviewaspecten (n=53)</i>					
9	Verbatim correcte weergave	0,64	0,57	0,45	1,89
10	Duur interview passend bij de leeftijd v.h. kind	1,10	3,09	0,08	3,01
11	Goede werksfeer tussen kind en interviewer	0,17	0,02	0,88	1,18
13	Goede verhouding in tijd tussen kennismaking, contactopbouw en verklaring	-0,36	0,17	0,68	0,70
14	Vier/vijf instructies gegeven	1,74	4,02	0,05*	5,69
15	Goed doorgevraagd	-,023	0,08	0,77	0,79
20	Kind 'op zijn gemak'	0,82	1,11	0,29	2,26
22	'Reluctant to tell'	-0,23	0,08	0,78	0,80
23	'Eager to tell'	0,09	0,02	0,90	1,09
24	'Kloppend' maken	0,97	2,18	0,14	2,64
26	Duur seksueel misbruik	0,70	1,50	0,22	2,02
28	Aangeven ongewenstheid handelen	-1,05	3,04	0,08	0,35
29	Zijn er antwoordpatronen aanwezig	-0,34	0,04	0,83	0,71
30	Brengt de <i>de facto</i> getuige informatie naar voren	3,24	7,99	0,01*	25,57
<i>Criteria Based Content Analysis (n=77)</i>					

Voorspellende factoren		Veroordeling			
		B	Wald statistic	p	Exp (B)
31	Logische structuur	0,48	0,82	0,36	1,61
32	Ongestructureerde productie	0,07	0,03	0,86	1,07
33	Hoeveelheid details m.b.t. het seksueel misbruik	1,19	6,05	0,01*	3,28
34	Contextuele inbedding	0,44	0,89	0,35	1,55
35	Beschrijving van (nonverbale) interactie	-0,43	0,49	0,48	0,65
36	Beschrijving van conversatie	0,28	0,22	0,64	1,32
37	Onverwacht incidenten tijdens de gebeurtenis	-0,10	0,01	0,94	0,91
38	Ongewone details	-0,98	1,70	0,19	0,38
39	Overbodige details	0,14	0,07	0,79	1,16
40	Correct waargenomen details verkeer geïnterpreteerd	2,01	1,21	0,27	7,44
42	Aangeven van eigen mentale staat	-0,48	1,79	0,18	0,62
44	Spontane correcties	0,58	0,94	0,33	1,78
45	Toegeven iets vergeten te zijn	0,31	0,69	0,41	1,36
46	Twijfelen over eigen verklaring	0,58	0,43	0,51	1,79
47	Aangeven eigen schuld	0,94	0,33	0,57	2,56
48	(Vermeende) dader ontzien	-1,99	0,59	0,44	0,137
49	Grooming variabelen	0,79	0,30	0,58	2,20
<i>Validity Checklist (n=61)</i>					
50	Taal leeftijdsadequaat	7,15	4,60	0,03*	1269,29
52	Was er sprake van affectverandering	2,21	5,25	0,02*	9,13
53	Maakt het kind spontane gebaren	2,58	6,89	0,01*	13,24
54	Werden er ondersteunende tekeningen in het interview gebruikt	2,50	4,43	0,04*	12,12
55	Ondersteunende handelingen met poppen	0,19	0,06	0,80	1,21
56	Weerstand het kind suggestie	2,02	2,88	0,09	7,56
58	Interview uitgevoerd via de procedures van de SVA	-0,76	0,54	0,47	0,47

Voorspellende factoren		Veroordeling			
		B	Wald statistic	p	Exp (B)
59	Vermeed de interviewer leidende vragen	1,56	2,04	0,15	4,77
60	Vermeed de interviewer leidende of suggestieve vragen	0,18	0,06	0,82	1,21
62	Context vrij van motieven	0,87	0,70	0,40	2,38
63	Is er druk om een verklaring af te leggen aanwezig	1,96	3,66	0,06	7,11
64	Zijn er medische gegevens consistent met de beschuldiging	4,29	5,58	0,02*	73,26
68	Zijn de gedrags- en emotionele signalen in overeenstemming met die gedrags- en emotionele signalen zoals die vaak aanwezig zijn bij seksueel misbruik	-3,80	5,75	0,02*	0,02

* significant

Per analyse kan het totaal aantal rapportages verschillen doordat niet voor alle variabelen de informatie bekend was. Hoe meer variabelen met ‘missings’ worden opgenomen in de analyse, des te minder het totaal aantal rapportages waarop de berekening wordt uitgevoerd.

Het meest passende regressiemodel was voor ontstaansgeschiedenis en motivatie $\chi^2(5) = 18,93$; $p < 0,05$; interviewaspecten $\chi^2(14) = 29,22$; $p < 0,05$; de CBCA $\chi^2(17) = 28,01$; $p < 0,05$ en de VC $\chi^2(13) = 52,55$; $p < 0,05$. Veroordeling van de verdachte hing significant samen met tien aspecten van de rapportage. Verdachten werden eerder veroordeeld als er in de ontstaansgeschiedenis *geen* sprake was van ‘ruis’, in het interview vier/vijf instructies waren gegeven (voor een goed verloop van het interview) en de getuige de *facto* informatie over het seksuele misbruik naar voren had gebracht. Met betrekking tot de *inhoud* van de verklaring (CBCA) bleek enkel de hoeveelheid intieme details samen te hangen met veroordeling. Met betrekking tot de VC hingen vijf aspecten samen met veroordeling, namelijk: leeftijdsadequaat taalgebruik van de getuige, affectverandering tijdens het interview, het maken van spontane gebaren door het kind die het verhaal ondersteunden, het gebruik van ondersteunende tekeningen door de interviewer en medische gegevens die consistent waren met de beschuldiging. Er kwam één negatieve correlatie naar voren: wanneer er *geen* gedrags- en/of emotionele signalen bij het kind werden geconstateerd, die vaak aanwezig zijn in dergelijke situaties, werd een verdachte eerder veroordeeld.

6. Discussie

In dit onderzoek is de samenhang tussen de rapportage van de getuigendeskundige en de uitspraak van de rechter nader bekeken. Niet alle aspecten van de rapportage van de getuigendeskundige verklaring leveren in gelijke mate een bijdrage aan het oordeel van de

rechter. Slechts tien (van de in totaal 68) items van de rapportage van de getuigendeskundige hingen samen met de uitspraak van de rechter. Waar in eerder wetenschappelijk onderzoek het accent voornamelijk op de CBCA (*inhoudelijke* criteria) lag, blijken in het onderhavige onderzoek echter vooral de criteria met betrekking tot de *validiteit* (VC) een belangrijke rol te spelen.

In het eerste domein '*Ontstaansgeschiedenis en motivationele aspecten*' bleek het ontbreken van '*ruis*' in de aanloop tot het afleggen van de verklaring bij de politie een belangrijk criterium om een verdachte te veroordelen. Dit ondersteunt de grote rol die dit aspect in de rapportage van de getuigendeskundige krijgt toebedeeld. Zoals in de Inleiding- en Methodesecties naar voren kwam, spelen mogelijke suggestieve invloeden op de verklaring van het kind een belangrijke rol. Wanneer er tijdens de periode tussen de ont-hulling en het studioverhoor diverse onzuiverheden – op basis van bijvoorbeeld het stellen van gesloten, suggestieve vragen aan het kind – zijn ontstaan, is het achteraf niet meer mogelijk onderscheid te maken tussen wat de getuige daadwerkelijk heeft meegemaakt en wat de getuige *denkt* te hebben meegemaakt. Dergelijke onzuiverheden zijn toe te schrijven aan het feit dat het menselijke geheugen onderhevig is aan vele vervormende invloeden.^{25 26} Het is dan ook niet verwonderlijk dat een rechter een verklaring, waarin nauwelijks ruimte voor '*ruis*' is geweest, eerder zal beschouwen als bijdrage aan wettig bewijs (om tot een veroordeling te komen).

Vervolgens bleken twee aspecten van het tweede domein '*Interviewaspecten*' samen te hangen met veroordeling van de verdachte. Opmerkelijk was dat de beoordeling van de algehele kwaliteit van het interview – hoe 'goed' of 'slecht' de interviewer zich van zijn taak als zodanig had gekweten – *niet* samen bleek te hangen met de uitspraak van de rechter. de rechter lijkt zich, met betrekking tot interviewaspecten, vooral te concentreren op *vaststaande feiten*. Zo correleren de items 'zijn er vier/vijf instructies gegeven gedurende het interview' en 'geeft het kind de *facto* informatie tijdens het interview' wél met de uitspraak van de rechter.

Het derde domein, de CBCA, bleek – op de hoeveelheid intieme details na – nauwelijks relevant. Dit resultaat is verrassend te noemen, omdat de geloofwaardigheid van de verklaring, *inhoudelijk* gezien, in grote lijnen wordt bepaald aan de hand van de criteria van de CBCA.

Tot slot duiden de resultaten van dit onderzoek op een grote invloed van vooral de *validerende* kenmerken van de verklaring, de criteria van het vierde domein (VC) die met 'veroordeling' bleken samen te hangen, hebben vooral betrekking op relatief feitelijke observaties van de getuigendeskundige over het kind (zoals spontane gebaren, aangeboden *schematische tekeningen* en medische gegevens die consistent zijn met de beschuldiging), affectverandering en leeftijdsadequaat taalgebruik. Ten slotte was het opmerkelijk dat het criterium 'gedrags- en emotionele signalen die in overeenstemming zijn met gedrags- en emotionele signalen zoals die vaak aanwezig zijn bij seksueel misbruik', *negatief* samenhang met veroordeling. Anders gezegd: de rechter veroordeelt een verdachte minder snel als bij een getuige dergelijke signalen worden waargenomen. Deze bevinding is mogelijk het gevolg van het feit dat dergelijke gegevens zijn gebaseerd op (subjectieve) informatie verkregen van derden (ouders). Dit brengt met zich mee dat er niet kan worden nagegaan of deze gedrags- en emotionele signalen daadwerkelijk het *gevolg* zijn van seksueel misbruik. Dergelijke signalen – denk aan buikpijn en stress – kunnen immers ook door vele andere factoren worden veroorzaakt. Voorbeelden hiervan zijn gepest

²⁵ Bullens, 2004.

²⁶ Eisen, Quas & Goodman, 2002.

worden op school, scheiding van de ouders, overlijden van een geliefde grootouder, maar ook de procesgang rondom het (vermeend) seksueel misbruik. Met andere woorden: de rechter lijkt dit gegeven vooral op te vatten als (ongewenste) ‘ruis’.

Het onderzoek heeft interessante bevindingen opgeleverd, maar kent ook enkele beperkingen.

Een eerste beperking is dat gebruik is gemaakt van deskundigen*rapportages*. Om die reden waren de onderzoekers hierbij afhankelijk van de soms ‘beperkte’ informatie die in de rapportages werden aangetroffen. Zo bleken twintig items, die op basis van de theorie relevant werden geacht, weinig of niet (bijvoorbeeld: ‘onthulling in therapie’) of daarentegen juist te vaak of altijd (bijvoorbeeld: ‘interviewer spreidt een professionele houding ten toon’) in de rapportage voor te komen. Deze items zijn uit de analyses verwijderd, omdat ze nauwelijks statistische kracht hebben. Dit hoeft overigens niet noodzakelijkerwijs te betekenen dat zij geen bijdrage zouden leveren aan het oordeel van de rechter. Ten aanzien van de items die niet of nauwelijks voorkomen in de onderzochte rapportages zou nader moeten worden overwogen of deze wel voldoende ‘bodem’ hebben of wellicht op een andere plaats meer tot hun recht komen (denk aan de motivationele ruis, die zo wel in de voorgeschiedenis als bij de VC aan de orde komt). Hiermee kan tevens het aantal items worden teruggebracht, wat de *power* van de gevonden verbanden verhoogt.

Een andere beperking in het onderzoek betrof de onderzoeksgroep. Deze bestond namelijk uit een selectieve groep getuigenverklaringen, waarbij de verdachte de beschuldiging (deels) ontkende. Deze selectie komt waarschijnlijk voort uit het feit dat de rechter alleen een getuigendeskundige zal inschakelen als er onvoldoende bewijsmiddelen voorhanden zijn. De onderzoeksgroep is om die reden dan ook *geen* representatieve afspiegeling van *alle* kinderen die bij de politie een getuigenverklaring afleggen terzake van (vermeend) seksueel misbruik. Het is dan ook niet mogelijk om de resultaten van dit onderzoek te generaliseren naar de gehele populatie van (zeer) jonge getuigen.

De resultaten uit het onderzoek hebben, ondanks de beperkingen, belangrijke theoretische en praktische implicaties. Allereerst lijkt op basis van dit onderzoek een versobering van het analyseproces van de getuigendeskundige wenselijk. Met betrekking tot de *Statement Validity Assessment* komt naar voren dat, in tegenstelling tot de verwachting, de criteria van de CBCA nauwelijks relevant blijken voor het rechterlijke oordeel. Er blijkt vooral aandacht te bestaan voor de criteria van de VC. Naast het gegeven dat de criteria van de CBCA minder relevant blijken dan verwacht, bleek verder dat gemiddeld slechts zeven (van de 19) criteria van de CBCA in een getuigenverklaring voorkomen. Een nadere beschouwing van deze criteria wijst uit dat negen (van deze 19) criteria niet in iedere (misbruik-)situatie hoeven voor te komen en daardoor ook niet door iedere getuige zullen worden genoemd. Een voorbeeld van een dergelijk criterium is ‘onverwachte incidenten tijdens de gebeurtenis’. Denk daarbij bijvoorbeeld aan de mogelijkheid dat, tijdens het moment dat het misbruik aanvangt, er onverwacht iemand aanbelt. Dit criterium zal in veel getuigenverklaringen ontbreken, simpelweg omdat dergelijke ‘onverwachte incidenten’ zich niet hebben voorgedaan tijdens het (vermeende) seksueel misbruik.

Vooral de criteria van de VC lijken een belangrijke rol te spelen bij het oordeel van de rechter. Tot op heden heeft het onderzoek ten aanzien van de betrouwbaarheid van de SVA zich, zoals vermeld, voornamelijk gericht op de CBCA (terwijl de VC de grootste impact op het oordeel van de rechter lijkt te hebben). Gelet op het feit dat er tot op heden weinig onderzoek is verricht naar het gebruik van de VC en de volledige SVA,^{27 28} als-

²⁷ Nierop e.a. 2006.

²⁸ Vrij, 2005.

mede het grote belang dat de rechter aan de verklaring van de getuigendeskundige hecht – zonder een dergelijke verklaring mogelijk onvoldoende wettig bewijs en zonder voldoende wettig bewijs geen (ver-)oorde(e)l(ing) – lijkt nader onderzoek naar de VC zeer wenselijk.

Concluderend lijkt een revisie van de SVA gewenst. Hierbij kan worden gedacht aan het aanpassen van de CBCA-items die niet in iedere seksueel misbruiksituatie hoeven voor te komen en het toevoegen van items over de ontstaansgeschiedenis, meer specifiek: over bijvoorbeeld de mogelijke ruimte voor ‘ruis’ binnen een verklaring.

Daarnaast dient er verder wetenschappelijk onderzoek te worden verricht naar een meer empirische onderbouwing van de criteria van de SVA. Tevens dient onderzoek te worden gedaan naar de ontwikkeling van meer eenduidige richtlijnen om deze criteria te beoordelen, omdat dit thans vooral geschiedt op basis van de klinische indruk van de getuigendeskundige.²⁹ Aanvullend is nader onderzoek naar specifieke risicogroepen gewenst, bijvoorbeeld licht verstandelijk gehandicapte kinderen of kinderen met een stoornis in het autisme spectrum. Het beoordelen van leeftijdsadequaate taalgebruik is bijvoorbeeld juist bij deze groep een zeer complexe zaak.

De resultaten hebben ook implicaties voor het verhoormodel ‘Horen jonge getuigen’. de resultaten van onderhavig onderzoek wijzen bijvoorbeeld uit dat, indien *schematische tekeningen* van een blote jongen en/of bloot meisje worden aangeboden, de kans *groter* is dat de verdachte wordt veroordeeld. Deze schematische tekeningen worden echter niet standaard in elk interview aangeboden. Volgens de procedure van het protocol ‘Horen jonge getuigen’ worden deze tekeningen alleen maar aangeboden, wanneer het kind niet ‘aanslaat’ op de open vraag (*‘free recall’*; scenario A) waarover het komt vertellen. de interviewer wordt vervolgens geacht over te stappen naar scenario B. Indien het kind wél ingaat op het appel dat van scenario A uitgaat en met een (duidelijke) verklaring komt, kan de interviewer al stoppen met het studioverhoor. Hij heeft immers alle benodigde informatie. Dit ‘fraaie’ resultaat blijkt echter tot significant *minder* veroordelingen te leiden dan de situatie waarbij het kind in eerste aanleg *niet* met een duidelijke verklaring komt, maar het uiteindelijk – in scenario B – wel op de tekening aanwijst waar het zou zijn aangevallen. de aanwezigheid van een kopie van een dergelijke tekening in het strafdossier blijkt tot significant meer veroordelingen te leiden: kennelijk ‘doet zien geloven’. Op basis van deze bevindingen is een aanpassing van het scenariomodel ‘Horen jonge getuigen’ gewenst, zodat in *elk* studioverhoor *wel of niet* (maar in ieder geval *gestandaardiseerd*) schematische tekeningen worden aangeboden.

Personalia

Drs. Marieke G.N. Bos

In 2005 afgestudeerd aan de Universiteit van Amsterdam bij de vakgroep Klinische Psychologie. Van 2005 tot 2006 werkzaam bij stichting FORA als junior psycholoog. Van 2006 tot 2007 werkzaam bij de Waag als junior onderzoeker. E: mariekegeerte@hotmail.com

Prof. dr. Ruud A.R. Bullens

Bijzonder hoogleraar forensische kinder- en jeugdpsychologie verbonden aan de Vrije Universiteit Amsterdam, vast gerechtelijk deskundige, als klinisch psycholoog/senior consultant verbonden aan de Waag, en tevens werkzaam bij het Diagnostisch Expertise Centrum (DEC) te Amsterdam.

²⁹ Nierop e.a. 2006.

Dr. Joan E. van Horn

Psycholoog/Senior medewerker onderzoek de Waag

Dr. Annematt Collot d'Escury-Koenigs

Universitair docent verbonden aan de Universiteit van Amsterdam/GZ-psycholoog Klinisch Ontwikkelingspsycholoog, Kinder- en Jeugdspecialist, als vast gerechtelijk deskundige verbonden aan het hof, Arrondissement Amsterdam, tevens verbonden aan het Landelijk Kennis Centrum LVG.

Aangehaalde Literatuur

Bos, Bullens, Van Horn & Collot d'Escury Koenigs 2005

Getuigendeskundigen checklist.

Bruck & Ceci 1993

Suggestibility of the child witness: A historical review and synthesis. *Psychological Bulletin* 1993, 13 (3), p. 403-439.

Bruck & Ceci 1999

The suggestibility of children's memory. *Annual Review of Psychology*, 1999, 50, p. 419-439.

Bruck, Ceci & Hembrooke 2002

The nature of children's true and false narratives. *Developmental Review* 2002, 22, p. 520-554.

Bullens 1998

Methoden. In: R.A.R. Bullens (red.), *Getuigendeskundigen in zedenzaken; de positie van de gedragswetenschapper bij strafzaken rondom mogelijk seksueel misbruik van kinderen*. Leiden: DSWO, 1998, p. 61-79.

Bullens 2004

Seksueel misbruik van kinderen. In: N. Duits, J.A.C. Bartels & W.B. Gunning, *Jeugdpsychiatrie en Recht*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV, 2004, p. 294-301.

Chae & Ceci 2005

Individual differences in children's recall and suggestibility: the effect of intelligence, temperament, and self-perception. *Applied Cognitive Psychology*, 2005, 19, p. 383-407.

Dekens & Van der Sleen 1997

Handleiding Het kind als getuige. 's Gravenhage: VUGA Uitgeverij 1997.

Doek 1998

Getuigendeskundige: Inhoudelijk juridische aspecten. In R.A.R. Bullens (red.), *Getuigendeskundigen in zedenzaken; de positie van de gedragswetenschapper bij strafzaken rondom mogelijk seksueel misbruik van kinderen*. Leiden: DSWO Press 1998.

Eden 1996

Getuigenverklaringen van kinderen: over de betrouwbaarheid en het juridische gebruik. *Nederlands Juristenblad*, 1996, 71 (2), p. 51-56.

Eisen, Quas & Goodman 2002

Memory and suggestibility in the forensic interview. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates 2002.

Lamers-Winkelmann 1996

Seksueel misbruik van jonge kinderen. Amsterdam: VU Uitgeverij 1996.

Mandell, Walrath, Manteuffel, Sgro & Pino-Martin 2005

The prevalence and correlates of abuse among children with autism in comprehensive community based mental health setting. *Child Abuse and Neglect*, 2005, 29, p. 1359-1372.

Nierop, Eshof & Brandt 2006

De beoordeling van geloofwaardigheid in zedenzaken; theorie en praktijk. *Nederlands Juristenblad*, 2006, 81 (42), p. 2456-2464.

Rassin 2000

Bewijsproblematiek in misbruikzaken; getuigenverklaringen van jeugdige slachtoffers. *Justitiële Verkenningen*, 2000, 26 (6), p. 90-100.

Rassin 2007

Lucia de B. Reconstructie van een gerechtelijke dwaling. de *Psycholoog*, 2007, p. 558-559.

Ruby & Brigham 1997

The usefulness of the Criteria-Based Content Analyses technique in distinguishing between truthful and fabricated allegations. *Psychology, Public Policy and Law* 1997, 3 (4), p. 705-737.

Shrout & Fleiss 1979

Intraclass correlations: Uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin*, 1979, 86 (2), p. 420-428.

Steller & Koehnken 1989

Criteria-Based Statement Analysis. In D. Raskin (Ed). *Psychological Methods in Criminal Investigation and Evidence*. New York: Springer, 1989, p. 217-245.

Vrij 2005

Criteria-Based Content Analysis: A qualitative review of the first 37 studies. *Psychology, Public Policy, and Law*, 2005, 11 (1), p. 3-41.

Vrij, Akehurst, Soukara & Bull 2002

Will the truth come out? The effect of deception, age, status, coaching and social skills on CBCA scores. *Law and Human Behavior*, 2002, 26 (2), p. 261-283.

Westcott & Jones 1999

Annotation: the abuse of disabled children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1999, 40 (4), p. 497-506.

De jeugd die niet deugt,... en andere mythes & misverstanden*

Ch. van Nieuwenhuizen

1. Inleiding

De afgelopen jaren geniet de jeugdforensische psychiatrie meer dan gemiddelde aandacht van de media, politiek en wetenschap. In brede zin zijn er zorgen over hoe met de ‘jeugd van tegenwoordig’ gaat. Oude ideeën als opvoedingskampen worden uit de kast gehaald en straffen en beheersen lijken steeds meer leidende principes te worden. Grote zorgen zijn er bovenal over de hoge recidiepercentages onder jongeren na ontslag uit een justitiële jeugdinrichting (JJI). In dit hoofdstuk sta ik stil bij jongeren die op enigerlei wijze in contact zijn gekomen met het jeugdstrafrecht of jeugdbeschermingsrecht. Allereerst komen, in zeer grove lijnen, het juridisch kader en de belangrijkste civiel- en strafrechtelijke maatregelen aan bod. Vervolgens maak ik de overstap naar de in gang gezette scheiding tussen jongeren met een PIJ- en OTS-maatregel en beargumenteer ik dat de scheiding tot grote spijt kan leiden. Afsluitend ga ik in op hoe een rooskleurige toekomst voor de jeugdforensische psychiatrie eruit zou kunnen zien.

2. Juridisch kader: een kwestie van recht spreken en recht doen

De hedendaagse jeugdzorg bestaat uit drie terreinen: jeugdhulpverlening (provinciale jeugdzorg), jeugdbescherming (justitiële jeugdzorg) en jeugd-ggz. de jeugdhulpverlening omvat de helft van de totale jeugdcapaciteit; de jeugd-ggz en de jeugdbescherming zijn vergelijkbaar in omvang. Sinds 1 januari 2004 wordt, sinds de nieuwe Wet op de Jeugdzorg, de toegang tot de jeugdzorg in principe centraal geregeld via het Bureau Jeugdzorg. Een uitzondering daarop vormen de jongeren met een strafrechtelijke maatregel: zij vallen niet de onder de Wet op de Jeugdzorg doch onder het jeugdstrafrecht.

In 1995 is het jeugdstrafrecht ingrijpend veranderd.¹ Voorheen kende het jeugdstrafrecht drie strafrechtelijke maatregelen en wel (a) Terbeschikkingstelling van de regering (Jeugd-tbr): een maatregel voor jeugdige delictplegers die ten tijde van het delict toerekeningsvatbaar waren, (b) Plaatsing in een inrichting voor buitengewone behandeling (Pibb): een maatregel bestemd voor jeugdige delictplegers die, als gevolg van een gebrekkige ontwikkeling of een ziekelijke stoornis van de geestesvermogens, als niet of verminderd toerekeningsvatbaar werden beschouwd ten tijde van het delict, en (c) de strafrechtelijke ondertoezichtstelling (OTS): een maatregel die zowel in een strafrechtelijk als civielrechtelijk kader kon worden opgelegd waarbij het uitgangspunt was dat de zedelijke of geestelijke belangen of de gezondheid van een jongere ernstig werden bedreigd.

Beweegredekenen om het jeugdstrafrecht te herzien, waren tweeledig. Ten eerste toeneemende kritiek op de dubbelfunctie van de kinderrechter bij ondertoezichtstellingen, na-

* Deze bijdrage is deels gebaseerd op mijn oratie getiteld ‘Tegen beter weten in? Behandeling van jeugdigen met een delictvoorgeschiedenis en ernstige psychiatrische problematiek’ (Van Nieuwenhuizen, 2006).

¹ Van der Linden *e.a.*, 2005.

melijk verantwoordelijkheid voor het uitspreken van desbetreffende maatregel en toezicht op de naleving ervan. Met de wetswijziging is een scheiding aangebracht tussen de rechtsspraak door de kinderrechter en verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de ondertoezichtstelling door de gezinsvoogdij-instelling.² Een tweede reden voor aanpassing van het jeugdstrafrecht was, dat de wetgever enerzijds de rechtspositie van de jeugdigen wilde versterken en anderzijds strenger straffen mogelijk wilde maken.³ Met deze aanpassingen wordt sinds 1 september 1995 wat betreft maatregelen enkel nog gesproken over een Plaatsing in een Inrichting voor Jeugdigen (PIJ) en valt de OTS-maatregel geheel onder het civiel recht (jeugdbeschermingsrecht). Beide maatregelen zal ik kort toelichten.⁴

PIJ-maatregel

De PIJ-maatregel is de zwaarste strafrechtelijke maatregel voor jeugdigen vanaf 12 jaar doch dient ook gezien te worden als een maatregel van justitiële kinderbescherming.⁵ In het jeugdstrafrecht wordt het opvoedingsaspect benadrukt: de jeugdigen krijgen, naast een vergeldende ‘straf’, behandeling en worden heropgevoed. Het jeugdstrafrecht noemt drie cumulatieve eisen waaraan voldaan moet worden om een PIJ-maatregel te mogen opleggen: het moet gaan om een misdrijf waarvoor voorlopige hechtenis is toegestaan, de veiligheid van anderen of de algemene veiligheid van personen of goederen moet in het geding zijn, en de maatregel moet in het belang van een zo gunstig mogelijke verdere ontwikkeling zijn (art. 77s lid 1 Sr.).⁶ Een PIJ-maatregel kan louter worden opgelegd door een meervoudige kamer van de rechtbank. Daarnaast moet er een advies zijn van tenminste twee gedragsdeskundigen waarbij het advies niet ouder mag zijn dan een jaar. Als sprake is van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestesvermogens van de jongere, is bovendien een vereiste dat één van de gedragsdeskundigen een psychiater is.⁷ Wanneer een *onvoorwaardelijke* PIJ-maatregel wordt uitgesproken dan geldt deze voor twee jaar met een mogelijke verlenging tot maximaal zes jaar.⁸ Dit geldt niet voor een *voorwaardelijke* PIJ-maatregel; deze kent een maximum van twee jaar. de PIJ-maatregel hoeft niet te worden beëindigd bij het bereiken van meerderjarigheid.

OTS-maatregel

De OTS-maatregel wordt omschreven in artikel 1:254 van het Burgerlijk Wetboek en luidt als volgt: ‘Indien een minderjarige zodanig opgroeit, dat zijn zedelijke of geestelijke belangen of zijn gezondheid ernstig worden bedreigd, en andere middelen ter afwendings van deze bedreiging hebben gefaald of, naar is te voorzien, zullen falen, kan de kinderrechtster hem onder toezicht stellen van een stichting als bedoeld in artikel 1, onder f, van de Wet op de jeugdzorg’. Voorbeelden van ernstige bedreiging van de zedelijke of gees-

² Van der Linden *e.a.*, 2005.

³ Bartels (2004) merkt hierover op, dat volgens het juridiseringmodel bij strengere straffen een degelijkere rechtspositie hoort.

⁴ Ik beperk mij bij deze beschrijving tot de maatregelen en laat de veranderingen in het jeugdstrafrecht wat betreft de straffen buiten beschouwing; zie hiervoor bijvoorbeeld Boendermaker (1999).

⁵ Komen & Van Vliet, 2000.

⁶ Duits & Harkink, 2001; Stevens & Van Marle, 2003.

⁷ Bartels, 2004.

⁸ Zie Duits, 2000. NB: met het wetsvoorstel gesloten jeugdzorg wordt de leeftijd tot welke jeugdigen kunnen worden opgenomen, opgerekt tot 21 jaar. Zie hiervoor Tweede Kamer, vergaderjaar 2005-2006, 30 644, nr. 3.

telijke belangen zijn: ernstige opvoedingsproblematiek, gedragsstoornissen en crimineel gedrag - daar waar het gaat om een licht vergrijp.⁹ Bij een OTS wordt het gezag van één van de ouders of van beide ouders beperkt en de hulpverlening kent een verplicht karakter. Concreet betekent dit dat de aanwijzingen van de gezinsvoogd opgevolgd dienen te worden. de maatregel mag, zoals blijkt uit artikel 1:254 van het Burgerlijk Wetboek, enkel worden opgelegd als alle andere beschikbare vrijwillige hulpverlening onsuccesvol is gebleken.

Een ondertoezichtstelling eindigt na een jaar tenzij tijdig een verlenging wordt aangevraagd en op grond van artikel 1:256 kan de kinderrechter de OTS op elk moment opheffen indien er geen gronden meer zijn om de jeugdige onder toezicht te stellen. Dit verzoek kan worden ingediend door de gezinsvoogdij-instelling, de met het gezag belaste ouder, of de jeugdige van twaalf jaar en ouder. Jeugdigen die niet voldoen aan de criteria voor het opleggen van een PIJ-maatregel, maar wel residentiële behandeling nodig hebben, kunnen een OTS-maatregel met machtiging voor gesloten plaatsing opgelegd krijgen. Om een jeugdige in een gesloten inrichting te plaatsen,¹⁰ is een uitdrukkelijk daartoe strekkende machtiging van de kinderrechter vereist en de machtiging kan slechts worden verleend wegens ernstige gedragsproblemen van een minderjarige.¹¹ de OTS wordt, in tegenstelling tot de PIJ-maatregel, beëindigd wanneer de jeugdige de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt.¹²

3. Een scheiding met grote spijt achteraf?

Met de eerdergenoemde verandering van het jeugdstrafrecht is in wettelijke zin onderscheid gemaakt tussen PIJ-ers en OTS-ers. In de afgelopen jaren is een ontwikkeling in gang gezet waarbij de scheiding tussen deze titels steeds strikter wordt doorgevoerd. Zo heeft onder meer angst voor 'besmettingsgevaar van criminaliteit' ertoe geleid dat jongeren met een OTS niet meer mogen worden opgenomen in eenzelfde behandel- of opvangenschap waar ook jongeren verblijven met een PIJ-maatregel. de besluitvorming rondom dit onderwerp is uitermate boeiend. Naar aanleiding van een motie van Duijkers¹³ is op verzoek van het Ministerie van Justitie in 2000 onderzocht of, en in welke zin, OTS-ers verschillen van PIJ-ers.¹⁴ Een vergelijkbaar onderzoek vond in 2005 plaats - wederom op verzoek van het Ministerie van Justitie.¹⁵ Uit beide onderzoeken komt glashelder naar voren dat er meer overeenkomsten dan verschillen zijn tussen jongeren met een OTS- of een PIJ-maatregel. de recidivemonitor van Wartna en collega's laat daarenboven zien dat de recidivepercentages van de jeugdige met een OTS- of een PIJ-maatregel niet ver uiteenlopen.¹⁶ Ook de contacten vóór plaatsing zijn vergelijkbaar voor beide groepen: zestig procent van de civielrechtelijke jongeren is voorafgaand aan de plaatsing in de justitiële

⁹ Met de wetswijziging van 1995 is de juridische grond voor de OTS-maatregel geherformuleerd doch de essentie van de maatregel is dezelfde gebleven namelijk, dat de zedelijke of geestelijke belangen of de gezondheid van een jongere ernstig worden bedreigd.

¹⁰ Bij een uithuisplaatsing is bij een OTS onvoldoende juridisch kader aanwezig voor plaatsing in de (forensische) GGZ. Derhalve zal altijd sprake zijn van een opname op grond van de wet BOPZ (Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen).

¹¹ Van der Linden, 2004.

¹² Duits, 2000.

¹³ Motie Duijkers, Tweede Kamer, vergaderjaar 1999-2000, 26 016, nr. 13.

¹⁴ Rietveld *e.a.*, 2000.

¹⁵ Oostervink & Brand, 2005.

¹⁶ Wartna *e.a.*, 2005

jeugdinrichting één of meer keren door het Openbaar Ministerie vervolgd. Bij de strafrechtelijk geplaatsen ligt het percentage jongeren dat eerder met justitie in aanraking kwam op circa 68%.¹⁷ Inhoudelijk onderzoek bij justitiële jeugdinrichtingen bevestigen deze getallen: bijna 65% van de in de behandelinrichtingen geplaatste jongens en meisjes, zowel jongeren met een OTS-maatregel als een PIJ-maatregel, is vóór de plaatsing met politie in aanraking gekomen. Het gaat dan vooral om vandalisme, vermogensdelicten en geweldsdelicten. Een relatief klein aantal, namelijk zeven procent, heeft seksuele delicten gepleegd.¹⁸

Naast deze onderzoeksresultaten is het een algemeen gehoord geluid binnen het forensisch psychiatrisch jeugdveld dat, hoe begrijpelijk misschien vanuit het beschermingsrecht geredeneerd, de praktijk weerbarstiger is. Sterker nog, het zijn vaak de OTS-ers die een heftigere dynamiek met zich meebrengen en daaraan verbonden problemen op de werkvloer. Deze dynamiek is vanuit onderzoeksgegevens te verklaren: probleemgedrag van jongeren met een OTS-maatregel begint vaak al in de vroege kinderjaren, het merendeel heeft vanaf jonge leeftijd contact met de hulpverlening, de jongeren hebben op verscheidene leefgebieden forse problemen en komen vaak in conflict met autoriteiten.¹⁹ Een herkenbaar beeld komt naar voren in de jeugdforensisch psychiatrische kliniek waar ik werkzaam ben. Een vergelijking van opgenomen OTS-ers met PIJ-ers laat zien dat jongeren met een PIJ-maatregel significant vaker de diagnose schizofrenie of andere psychotische stoornis hebben en dat zij vaker een wapen hebben gebruikt.²⁰ OTS-ers daarentegen hebben vaker de diagnose pervasieve ontwikkelingsstoornis NAO, Asperger of gedragsstoornis, zij zijn jonger bij opname en bij allereerste opname, hebben vaker in een tehuis gezeten voor hun 16e jaar en zij hebben hun delict vaker in gemeenschap gepleegd.²¹ Uit onderzoek in de algemene bevolking is bovendien gebleken dat jongeren die al vroeg oppositioneel gedrag vertonen – zich uitend in autoriteitsconflicten met bijvoorbeeld ouders en leerkrachten – een grotere kans hebben op het plegen van delicten dan jongeren die vooral fysieke agressie laten zien.²²

Niettegenstaande deze onderzoeksgegevens en praktijkervaringen is de scheiding tussen OTS-ers en PIJ-ers sinds 1 januari 2007 in gang gezet; de verwachting is dat de wijziging van de Wet op de Jeugdzorg inzake gesloten jeugdzorg per 1 januari 2008 in werking zal treden. Praktische consequenties voor het veld zijn dat jongeren met een OTS-maatregel in fysieke zin niet meer samen geplaatst mogen worden met jongeren met een PIJ-maatregel, dat eerdere aanvragen voor uitbreiding van jeugdforensisch psychiatrische behandelplaatsen omgezet zijn naar orthopsychiatrische plekken en dat versneld tegemoet gekomen is aan het bieden van crisisplaatsen voor OTS-ers. Los van de ingrijpende gevolgen voor instellingen met gemengde groepen, dan wel plaatsen die achter een gevangenispoort gesitueerd zijn, is opvallend hoezeer de besluitvorming ingegeven lijkt te zijn door beeldvorming over de jongeren. Er wordt ten aanzien van beide groepen een stereotype neergezet waarbij een OTS-ers vooral beklagenswaardig zijn en beschermd moeten worden en PIJ-ers linke jongens en meisjes zijn die het er hoofdzakelijk zélf naar hebben gemaakt. Bovendien wordt er van uitgegaan dat de besluitvorming waarom de ene jonge-

¹⁷ Volgens Bullens e.a., 2006 is de verhouding van het aantal gepleegde delicten voorafgaande aan plaatsing in een JJI tussen strafrechtelijk en civielrechtelijk geplaatste jongeren 2:1.

¹⁸ Boendermaker, 1999; Rietveld e.a., 2000; zie ook Boendermaker & Van Yperen, 2003.

¹⁹ Bullens e.a., 2006.

²⁰ Significantieniveaus liggen tussen $p = .000$ en $p = .05$.

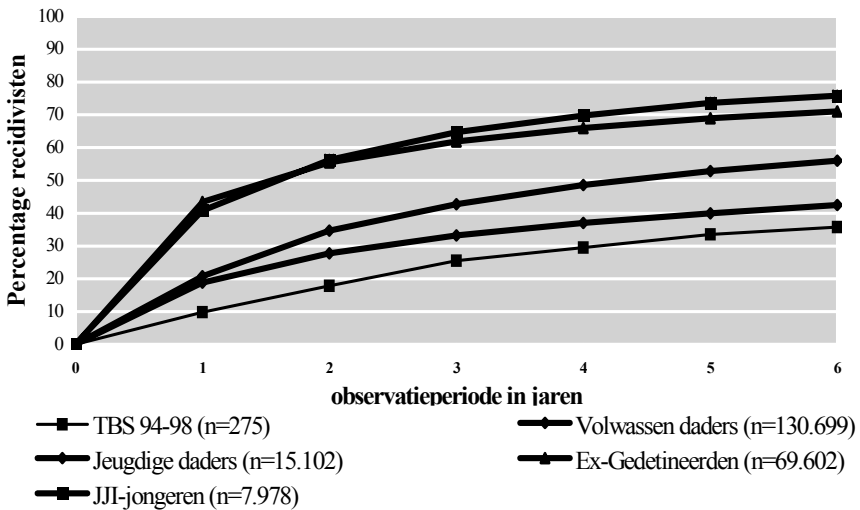
²¹ Van Nieuwenhuizen e.a., 2007.

²² Bongers, 2004.

re een strafrechtelijke maatregel krijgt en de andere een civielrechtelijke, loepzuiver is. Dit is echter geenszins het geval.²³ Om de passendheid van het stereotype onder de loep te kunnen nemen, ga ik in de navolgende paragraaf kort in op de recidiepercentages om vervolgens stil te staan bij psychiatrische achtergrondkenmerken van jeugdige delictplegers.

“Ga direct naar de gevangenis, ga niet door start...”

Uit het eerder door mij aangehaalde WODC-rapport ‘Jong vast’²⁴ blijkt dat in het eerste jaar na uitstroom meer dan veertig procent van de jongeren opnieuw met justitie in aanraking is gekomen en dat binnen vier jaar 70% minstens één (nieuw) justitiecontact heeft gehad vanwege het plegen van een misdrijf. Het percentage loopt op naar 76% bij zes jaar na uitstroom. In Figuur 1 staan de algemene recidivepercentages van vijf daderpopulaties.



Figuur 1: Prevalentie van algemene recidive in vijf populaties.²⁵

Zoals uit Figuur 1 blijkt, is het recidivepercentage in de JJI-groep hoger in vergelijking met jeugdige en volwassen daders in het algemeen en TBS-gestelden.²⁶ Dit percentage is bovendien een fractie hoger in vergelijking met volwassen ex-gedetineerden; jongeren die in een justitiële jeugdinrichting hebben gezeten hebben dus een opmerkelijk hoge recidivekans. de percentages zijn niet alleen opvallend voor de algemene recidieven, waar bijvoorbeeld ook betraapt worden op iets stelen uit een supermarkt onder valt: 3 op de 5 jongeren die ontslagen is uit een justitiële jeugdinrichting heeft na vier jaar een delict gepleegd waar een gevangenisstraf van vier jaar of meer op staat.

Uit deze recidiepercentages kan – kort door de bocht – worden geconcludeerd dat de jeugd inderdaad niet deugt. Uiteraard is een dergelijke lineaire conclusie makkelijk te nu-

²³ Zie Boendermaker, 1999; Van der Steege *e.a.*, 2005.

²⁴ Wartna *e.a.*, 2005a.

²⁵ Gegevens uit rapporten WODC; zie Wartna *e.a.*, 2005a en Wartna *e.a.*, 2005b.

²⁶ Wartna *e.a.*, 2005a; Wartna *e.a.*, 2005b.

anceren en een aspect dat ik in het bijzonder naar voren willen halen, is de psychische en psychiatrische problematiek van de jongeren.²⁷ de afgelopen tien jaar is, zij het beperkt, onderzoek gedaan naar de prevalentie van psychische en psychiatrische stoornissen onder delinquente jongeren. Doreleijers, bijvoorbeeld, heeft jongeren onderzocht die voorgeleid waren aan de rechter-commissaris en uit dit onderzoek blijkt dat bij (degenen waar een multidisciplinair diagnostische onderzoek plaatsvond) 75% van hen één of meer psychiatrische diagnoses volgens de DSM-III-R kon worden vastgesteld.²⁸ de meest voorkomende stoornissen bij deze jongens waren: AD(H)D, antisociale gedragsstoornis, affectieve stoornis, dreigende persoonlijkheidsstoornis en middelenmisbruik. Tevens is bij deze doelgroep sprake van een hoge co-morbiditeit hetgeen van invloed is op de behandeling en iets zegt over de complexiteit van de doelgroep. Een studie in Vlaanderen onder voorgeleide jongeren laat een gelijk beeld zien: 70% van de jongeren heeft minimaal één psychiatrisch stoornis volgens de DSM-IV en ook hier is sprake van een hoge co-morbiditeit.²⁹ Vergelijkbare uitkomsten worden gevonden bij jongeren die (eerder) forensisch-psychiatrisch onderzoek ondergingen.³⁰

Wanneer gekeken wordt naar jongeren die in een justitiële jeugdinrichting zitten, dan blijkt dat bij 61% van de mannelijke adolescenten in een jeugdgevangenis sprake is van psychische stoornissen (verslavingsproblematiek meegerekend) en bij ongeveer driekwart van deze groep is al voor hun vijftiende levensjaar een gedragsstoornis vastgesteld.³¹ Onder jongeren in justitiële behandelinrichtingen is eveneens forse externaliserende en internaliserende problematiek gevonden.³² Bij deze jongeren zijn de volgende karakteristieken geconstateerd: agressief, recalcitrant, dominant en opstandig gedrag, problemen thuis, op school en in de buurt, een vijandige en intolerante houding, het plegen van delicten, problematisch alcohol- en druggebruik, weglopen en zwerven. Tevens blijkt dat jongeren zich slecht kunnen verplaatsen in de gedachten, gevoelens en bedoelingen van anderen en dat zij de neiging hebben acties van anderen als vijandig te interpreteren om daar vervolgens naar te handelen. Uit onderzoek bij een representatieve steekproef van Nederlandse jongens die gevangen zitten, blijkt dat 90% voldeed aan de criteria voor tenminste één psychiatrische stoornis.³³ Eerdergenoemde percentages wijken niet af van studies in het buitenland; ook daar worden hoge prevalentiecijfers gevonden bij delinquente jongeren.³⁴ de percentages bij jongeren die in contact zijn gekomen met justitie zijn echter aanzienlijk hoger in vergelijking met het voorkomen van ernstig psychische stoornissen bij jongeren in de algemene Nederlandse bevolking: bij deze jongeren worden percentages tussen de drie en acht procent gevonden.³⁵

²⁷ De scherpe kritiek die de afgelopen maanden is geuit op de kwaliteit van zorg binnen justitiële jeugdinrichtingen heeft onder meer te maken met het tekortschieten van de behandeling van jongeren met een psychische stoornis of gedragsproblemen. Zie hiervoor de rapporten 'Veiligheid in justitiële jeugdinrichtingen – opdracht met risico's' (www.justitie.nl) en 'Detentie, behandeling en nazorg criminele jeugdigen' van de Algemene Rekenkamer (Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 31 215, nrs. 1-2).

²⁸ Doreleijers, 1995.

²⁹ Vermeiren *e.a.*, 2000.

³⁰ Doreleijers *e.a.*, 1993; Doreleijers *e.a.*, 2000.

³¹ Bulten, 1998.

³² Boendermaker, 1999; Rietveld *e.a.*, 2000.

³³ Vreugdenhil *e.a.*, 2004.

³⁴ Zie bijvoorbeeld Atkins *e.a.*, 1999; Teplin *e.a.*, 2002.

³⁵ Verhulst *e.a.*, 1997.

Al met al is de conclusie gerechtvaardigd dat psychische en psychiatrische problematiek onder delinquente jongeren een belangrijk punt van aandacht is en niet veronachtzaamd mag worden.³⁶ Dit betekent dat een goede en adequate behandeling van jeugdige delictplegers voorop dient te staan en niet zozeer de straf of maatregel. Nu al zijn geluiden te horen, dat de scheiding tot problemen zal leiden. Er wordt bijvoorbeeld een tekort voorzien van 400 tot 500 behandelplaatsen voor PIJ-ers met uitermate complexe psychiatrische problematiek. Gezien de hele exercitie die in gang is gezet om de scheiding mogelijk te maken, schat ik in dat “laten we de ingezette koers maar blijven volgen...” echter het motto zal zijn. de vraag is of deze koers uiteindelijk een verbetering of verslechtering betekent voor jongeren binnen het civiel en strafrecht; de toekomst zal dit moeten uitwijzen.

4. Een blik op de toekomst

Uit onderzoek en de klinische praktijk blijkt, dat jongeren met een straf- en civielrechtelijke maatregel ten aanzien van belangrijke kenmerken op elkaar lijken en dat de verschillen soms tegengesteld zijn aan hetgeen je in eerste instantie zou verwachten. Uitvoering van de wetaanpassing mag niet leiden tot een verenging van het beeld. Het kan niet zo zijn dat jeugdigen een adequate behandeling wordt onthouden omdat de maatregel als uitgangspunt wordt genomen waardoor de kans bestaat dat het blikveld wordt vernauwd. Dit geldt dus evenzeer voor jongeren die gestraft zijn en om die reden in een justitiële jeugdinrichting opgesloten zitten.³⁷ Specifiek aandacht behoeven de jongeren met gedragsstoornissen welke, met intensieve begeleiding en interventies, in de algemene psychiatrie goed te behandelen zijn³⁸ en de jongeren met psychotische problematiek waar ook de nodige expertise over is opgebouwd in Nederland.

Kijkend naar een rooskleurige toekomst voor de forensische jeugdpsychiatrie dan liggen er mijns inziens genoeg kansen. Een kans ligt er zeker wat betreft een nauwere samenwerking met de algemene kinder & jeugdpsychiatrie en jeugd-ggz - daar waar het dezelfde pathologie betreft. Uitwisseling van deskundigheid, methodieken en kennis over effectieve behandelinterventies zal, zowel voor het forensisch vakgebied als voor de kinder & jeugdpsychiatrie en jeugd-ggz, een meerwaarde hebben. Doreleijers heeft eerder opgemerkt dat behandelingen onder verantwoordelijkheid dienen te blijven van behandelorganisaties.³⁹ de ogen mogen echter niet gesloten worden voor jongeren die in ‘gevangenis- sen’ verblijven (en dus onder justitie vallen) en waar sprake is van psychische en psychiatrische problematiek.

Een andere kans is richtlijnontwikkeling: daar waar vanuit de algemene psychiatrie de ene richtlijn na de andere verschijnt, lijkt de forensische jeugdpsychiatrie zich op dit gebied nog meer te kunnen profileren. Een goede ontwikkeling is dat de uit Canada afkomstige ‘What works’-benadering van crimineel gedrag inmiddels door velen is omarmd; zowel in de forensische (jeugd) psychiatrie als ook in de jeugdzorg. Doorgaans wordt bij deze benadering uitgegaan van de volgende vier principes: (1) het risicoprincipe, (2) het behoefteprincipe, (3) het responsiviteitsprincipe, en (4) het behandelintegriteitsprincipe.⁴⁰ Het risicoprincipe betekent dat, voorafgaand aan behandeling en aan de hand van gestan-

³⁶ Zie ook Vermeiren, 2003.

³⁷ cf. Nijman, 2005 ten aanzien van volwassen delictplegers.

³⁸ Zie Doreleijers, 2004, p.12.

³⁹ Doreleijers, 2005.

⁴⁰ Zie bijvoorbeeld Van den Hurk & Nelissen, 2004, zie ook Greeven & Van Marle, 2006.

daardiseerde methoden, een inschatting van het recidiverisico dient plaats te vinden en dat dit wordt vertaald in een behandel aanbod waarbij risicomanagement voorop staat. Uitgaan van het behoefteprincipe houdt in dat tijdens de risicotaxatie een inventarisatie wordt gemaakt van de dynamische factoren c.q. criminogene behoeften die bij een individuele patiënt tot een verhoogd recidiverisico leiden. Deze geïdentificeerde criminogene behoeften worden vervolgens vertaald in concrete behandel doelen. Daarnaast is de vorm van de behandeling van belang voor de effectiviteit ervan en dient behandeling te worden geboden in een vorm die aansluit bij de leerstijl van de patiënt (het zogeheten responsiviteitsprincipe). Het laatste principe, het behandelintegriteitsprincipe, betekent dat ervoor wordt gewaakt dat de behandeling ook zo wordt gegeven als zij bedoeld is. Een belangrijke voorwaarde in deze is dat gewerkt wordt volgens uitgewerkte behandelprotocollen, modules en sessies. Toepassing van deze principes van de ‘What works’-benadering zal naar mijn overtuiging leiden tot een effectievere én efficiëntere behandeling van jeugdforensisch psychiatrische patiënten. Recent merkte Van Beek op dat van de vier principes, het risico- en responsiviteitsprincipe inmiddels gangbaar zijn in de klinische praktijk en dat het behoefte- en integriteitsprincipe het minst uit de verf komen.⁴¹ Twee principes die meer dan de moeite waard zijn om grondig werk van te maken. Als leidraad kan uitstekend gebruik worden gemaakt van gangbare begrippen in de algemene psychiatrie zoals zorg op maat, continuïteit van zorg en fidelity-metingen.⁴²

Tot slot, over tien jaar zal absoluut meer kennis voorhanden zijn ten aanzien van effectiviteit van behandeling van jeugdigen met ernstige psychische en psychiatrische (in combinatie met een civiel dan wel strafrechtelijke maatregel). Vanuit het ZON MW-programma ‘Zorg voor Jeugd’ en het Ministerie van Justitie wordt de komende jaren het nodige geld vrijgemaakt voor wetenschappelijk onderzoek en voor de verbetering van kennis en kunde van medewerkers werkzaam binnen de jeugdforensische psychiatrie, orthopsychiatrie en justitiële jeugdinrichtingen.⁴³ de implementatie van onderzoeksresultaten en professionalisering van medewerkers komt de behandeling van, en de zorg voor, jeugdigen ten goede en daarmee zullen voor hen de kansen op een goede toekomst toenemen.

Personalia

*Mw. prof. dr. Ch. van Nieuwenhuizen, psycholoog/psychotherapeut, is bijzonder hoogle-
raar Forensische Geestelijke Gezondheidszorg aan de Universiteit van Tilburg. Tevens is
zij werkzaam bij de Catamaran, kliniek voor jeugdforensische psychiatrie & orthopsy-
chiatrie te Eindhoven.*

⁴¹ Van Beek, 2006.

⁴² Fidelity-metingen worden gedaan om de modelgetrouwheid van een interventie of behandeling vast te stellen. Modelgetrouwheid kan op organisatie-, afdeling-, en patiëntniveau worden vastgesteld. Binnen het Trimbos-instituut is veel deskundigheid aanwezig rond de ontwikkeling van fidelity schalen; www.trimbos.nl.

⁴³ Zie www.zonmw.nl/nl/programmas/alle-programmas/zorg-voor-jeugd en Tweede Kamer, vergaderjaar 2005–2006, 24 587 en 28 741, nr. 183.

Aangehaalde literatuur
Atkins e.a. 1999

D. L. Atkins, A. J. Pumariega, K. Rogers, L. Montgomery, C. Nybro, G. Jeffers & F. Sease, Mental Health and Incarcerated Youth. I: Prevalence and Nature of Psychopathology, *Journal of Child and Family Studies*, 8 (1999), p. 193-204.

Bartels 2004

J. A. C. Bartels, Jeugdstrafrecht, in: N. Duits, J. A. C. Bartels & W. B. Gunning, eds., *Jeugdpsychiatrie en Recht*, Koninklijke Van Gorcum BV, Assen, 2004, p. 3-21.

Boendermaker 1999

L. Boendermaker, *Justitiële behandelinrichtingen voor jongeren, populatie en werkwijze. Academisch proefschrift*, Garant, Leuven/Apeldoorn, 1999.

Boendermaker & van Yperen 2003

L. Boendermaker & T. van Yperen, *Kansen in de keten. Een gemeenschappelijk referentiekader voor de justitiële jeugdinrichtingen*, Dienst Justitiële Inrichtingen, Den Haag, 2003.

Bongers 2004

I. L. Bongers, *Pathways to deviance: developmental trajectories of externalizing problems in Dutch youth. Academisch Proefschrift*, Erasmus Universiteit, Rotterdam, 2004.

Bullens, Oostervink & Brand 2006

R. Bullens, I. Oostervink & E. Brand, Samenplaatsing van jongeren met een OTS-maatregel of PIJ-maatregel: wenselijk of niet?, in: T. I. Oei & M. S. Groenhuijsen, eds., *Capita Selecta van de Forensische psychiatrie anno 2006*, Kluwer, Deventer, 2006, p. 251-268.

Bulten 1998

B. H. Bulten, *Gevangen tussen straf en zorg. Psychische stoornissen bij jeugdige, kortgestrafte gedetineerden. Academisch proefschrift*, Vrije Universiteit van Amsterdam, Amsterdam, 1998.

Doreleijers, Coelman & Blanken 1993

Th. A. H. Doreleijers, F. J. G. Coelman & P. Blanken, de minderjarige delinquent en jeugdpsychiatrische rapportage pro justitia. Een exploratief onderzoek, *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 35 (1993), p. 408-415.

Doreleijers 1995

Th. A. H. Doreleijers, *Diagnostiek tussen jeugdstrafrecht en hulpverlening. Academisch proefschrift*, Gouda Quint, Arnhem, 1995.

Doreleijers e.a. 2000

Th. A. H. Doreleijers, F. Moser, P. Thijs, H. van Engeland & F. H. L. Beyaert, Forensic assessment of juvenile delinquents: prevalence of psychopathology and decision-making at court in the Netherlands, *Journal of Adolescence*, 23 (2000), p. 263-275.

Doreleijers 2004

Th. A. H. Doreleijers, *Te gek voor woorden? Een biopsychosociale benadering van jeugddelinquentie*. Dies Natalis 2004, Vrije Universiteit van Amsterdam, de Raat en de Vries, Amsterdam, 2004.

Doreleijers 2005

Th. A. H. Doreleijers, Van justitialisering tot onderzoek naar de effectiviteit van probleemgestuurde jeugdzorg, *Tijdschrift voor Criminologie*, 47 (2005), p. 62-74.

Duits 2000

N. Duits, Wikken en beschikken. Dilemma's en organisatie van de Pro Justitia rapportage en de PIJ, *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 55 (2000), p. 1085-1098.

Duits & Harkink 2001

N. Duits & J. Harkink, de *PIJ-maatregel als ultimum remedium?*, *Sancties*, 5 (2001), p. 290-301.

Greeven & van Marle 2006

P. Greeven & H. van Marle, Over de grenzen aan het verbeteringsideaal., in T. I. Oei & M. S. Groenhuijsen, eds., *Capita Selecta van de Forensische psychiatrie anno 2006*, Kluwer, Deventer, 2006, p. 475-489.

Komen & van Vliet 2000

M. Komen & A. van Vliet, Dé PIJ bestaat niet. de strafrechtelijke maatregel Plaatsing in een Inrichting voor Jeugdigen bij wet en in de praktijk, *Proces*, 7/8 (2000), p. 106-113.

Nijman 2005

H. L. I. Nijman, *Kunnen we delinquenten niet beter behandelen?* Inaugurele rede, Thieme MediaCenter, Nijmegen, 2005.

Oostervink & Brand 2005

I. Oostervink & E. F. J. M. Brand, *OTS en PIJ: profielen vergeleken*, Concernstaf Uitvoeringsbeleid, Den Haag, 2005.

Rietveld, Hilhorst & Van Dijk 2000

M. Rietveld, N. Hilhorst & B. Dijk, van, *Jeugdigen in justitiële behandelinrichtingen. Een analyse in het kader van de motie Duijkers*, Van Dijk van Soomeren en partners, Amsterdam, 2000.

Stevens & Van Marle 2003

M. Stevens & H. J. C. van Marle, de PIJ-maatregel als opvoedingsinstrument. de PIJ-maatregel en de casuïstiek, *Sancties*, 4 (2003), p. 221-234.

Teplin e.a. 2002

L. A. Teplin, K. M. Abram, G. M. McClelland, M. K. Dulcan & A. A. Mericle, Psychiatric disorders in youth in juvenile detention, *Archives of General Psychiatry*, 59 (2002), p. 1133-1143.

Van den Hurk & Nelissen 2004

A. A. van den Hurk & P. P. Nelissen, 'What works': Een nieuwe benadering van resocialisatie van delinquenten, *Sancties*, 5 (2004), p. 280-297.

Van der Linden 2004

A. P. van der Linden, Het civiele jeugdrecht, in: N. Duits, J. A. C. Bartels & W. B. Gunning, eds., *Jeugdpsychiatrie en Recht*, Koninklijke Van Gorcum BV, Assen, 2004, p. 215-241.

Van der Linden, Ten Siethoff, & Zeijlstra-Rijpstra 2005

A. P. van der Linden, F. G. A. ten Siethoff & A. E. I. J. Zeijlstra-Rijpstra, *Jeugd en Recht*, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 2005.

Van der Steege, Boendermaker & Van der Berg 2005

M. van der Steege, L. Boendermaker & G. van der Berg, Van straf naar civiel: overwegingen van kinderrechters, *Proces*, 3 (2005), p. 98-104.

Van Nieuwenhuizen 2006

Ch. van Nieuwenhuizen, *Tegen beter weten in? Behandeling van jeugdigen met een delictvoorgeschiedenis en ernstige psychiatrische problematiek*. Inaugurele rede, Universiteit van Tilburg, Dutch University Press, Amsterdam, 2006.

Van Nieuwenhuizen e.a. 2007

Ch. van Nieuwenhuizen, A. J. M. van Zeist, I. L. Bongers & J. Vreugdenhil, Nederlandse jeugdforensische psychiatrie: een vreemde eend in de Europese bijt?, *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49 (2007), p. s132-s134.

Verhulst e.a. 1997

F. C. Verhulst, J. van der Ende, R. F. Ferdinand & M. C. Kasius, The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents, *Archives of General Psychiatry*, 54 (1997), p. 329-336.

Vermeiren, de Clippele & Deboutte 2000

R. Vermeiren, A. de Clippele & D. Deboutte, A descriptive survey of Flemish delinquent adolescents, *Journal of Adolescence*, 23 (2000), p. 277-285.

Vermeiren 2003

R. Vermeiren, Psychopathology and delinquency in adolescents: A descriptive and developmental perspective, *Clinical Psychology Review*, 23 (2003), p. 277-318.

Vreugdenhil e.a. 2004

C. Vreugdenhil, Th. A. H. Doreleijers, R. Vermeiren, L. F. J. M. Wouters & W. van den Brink, Psychiatric disorders in a representative sample of incarcerated boys in the Netherlands, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43 (2004), p. 97-104.

Wartna, Tollenaar & Essers 2005

B. S. J. Wartna, N. Tollenaar & A. A. M. Essers, *Door na de gevangenis. Een cijfermatig overzicht van de strafrechtelijke recidive van ex-gedetineerden*, Boom Juridische uitgevers, Den Haag, 2005.

Wartna, Tollenaar & Blom 2005

B. S. J. Wartna, N. Tollenaar & M. Blom, *Recidive 1997: Een cijfermatig overzicht van de strafrechtelijke recidive van volwassen en jeugdige ouders*, Boom Juridische uitgevers, Den Haag, 2005.

Dimensies in de kinder- en jeugdpsychiatrie

Dimensionele versus categoriale diagnostiek bij kinderen en adolescenten: zijn ze complementair, additioneel of bieden beide onvoldoende aangrijpingspunten voor behandeling?

E. Nederlof en T.I. Oei

1. Inleiding

De laatste jaren is er veel discussie over de voor- en nadelen van categoriale versus dimensionele diagnostiek op zowel As-I als As-II van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV).¹ Comorbiditeit wordt gezien als een groot probleem, maar het ontbreken van een bevredigende samenhang tussen etiologie en diagnostiek wordt eveneens vaak aangevoerd als belangrijk kritiekpunt.^{2 3} Onder andere deze kritiek op de huidige standaard voor psychiatrische diagnostiek van de American Psychiatric Association zal de ontwikkeling van de DSM-V in de nabije toekomst zeer waarschijnlijk beïnvloeden.

In de kinderpsychiatrie is er nog een extra probleem, doordat de meeste diagnoses weinig voorspellende waarde hebben voor toekomstige diagnoses. Vaak zijn emotionele - of gedragsproblemen de eerste tekenen van een psychiatrische stoornis onder andere persoonlijkheidsstoornis, maar ook van depressies en psychotische stoornissen.⁴ Symptomen kunnen soms evident zijn en duidelijk leiden tot beperkingen in het functioneren en nog onvoldoende zijn voor het stellen van een categoriale diagnose. Aan de andere kant zijn er soms wel voldoende symptomen om een categoriale diagnose te stellen, maar biedt deze vaak geen toereikende of onbevredigende aangrijpingspunten voor behandeling, mogelijk omdat ze niet gebaseerd zijn op onderliggende problematiek.

Onderliggende problemen kunnen verwacht worden op verschillende niveaus: het functioneren van de neuronale netwerken, de neurofysiologie, de neurotransmittersystemen en het cognitief functioneren.⁵ Onderzoek naar de onderliggende oorzaken en daaropvolgend, fysiologische voorspellers, is alleen mogelijk wanneer de diagnostiek is gebaseerd op een taxonomie die deze verschillende niveaus reflecteert. Wanneer men aanneemt dat er continua bestaan van gezondheid en psychiatrische ziekte en van psychiatrische diagnose van jong tot oud, wordt het evident dat de diagnostiek kenmerken of symptomen waarin genetica of fysiologie zich manifesteren zo goed mogelijk zou moeten representeren en onderscheiden van kenmerken veroorzaakt door tijdelijke of situationele invloeden.⁶ Validatie van psychiatrische categorieën door genetica is echter problematisch, omdat er geen afzonderlijke genen verantwoordelijk lijken te kunnen worden gesteld voor een psychiatrische diagnose.⁷

¹ American Psychiatric Association; The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition, 1994.

² Widiger & Clark, 2000, p. 946-963.

³ Clark, 2007, p. 227-257.

⁴ Bernstein e.a., 1996 p. 907-913.

⁵ First, 2005 p. 560-564.

⁶ Clark, 2007.

⁷ Kendler, 2006 p. 1138-1146.

Het dimensioneel beoordelen van symptomen zou kunnen bijdragen aan het identificeren van onderliggende problemen en, daaropvolgend, het onderscheiden van specifieke genen die betrokken zijn, beide nodig voor een beter begrip van etiologie en omgevingsinvloeden.⁸ Deze kennis is belangrijk omdat het gerichte aangrijpingspunten zou kunnen bieden voor behandeling. de vraag is of het toepassen van dimensies de genoemde problemen zal oplossen, of dat het andere beperkingen met zich mee zal brengen die mogelijk niet zo makkelijk terug te dringen zijn – wat de dichotomie tussen categoriaal en dimensioneel teniet zou doen. In dat geval is de vraag of er belangrijke andere factoren zijn dan dimensies en categorieën. Factoren die psychiatrische condities beschrijven, bruikbaar zijn voor onderzoeks- en behandelingsdoeleinden alsook geschikt zijn voor diagnostiek op elke leeftijd.

2. Comorbiditeit

Comorbiditeit is één van de grootste problemen in de huidige psychiatrische diagnostiek. Het samen optreden van psychiatrische ziektes, zoals bijvoorbeeld persoonlijkheidspathologie en As-I stoornissen, heeft een hoger gebruik van de gezondheidszorg tot gevolg.⁹¹⁰¹¹ Comorbiditeit treedt op zowel binnen als tussen de assen van de DSM-IV.¹²¹³ Er zijn verschillende verklaringen genoemd voor comorbiditeit: de ene stoornis zou de andere kunnen versterken of veroorzaken; stoornissen delen dezelfde onderliggende, etiologische of genetische factoren ('shared factor model'), of er zou een continuüm kunnen bestaan van gezond naar milde tot ernstige psychopathologie ('spectrum model').¹⁴ Daarnaast zou de taxonomie zelf het optreden van comorbiditeit kunnen verklaren.¹⁵ Van dimensionele diagnostiek wordt verondersteld dat hierdoor het probleem verkleind wordt, met name op het gebied van persoonlijkheidsstoornissen, omdat dimensies zich duidelijker zouden onderscheiden dan categorieën, en betrouwbaardere diagnoses lijken te geven.¹⁶¹⁷ Verder zouden onderliggende oorzaken en de etiologie van psychopathologie beter uit de verf komen. Er is de laatste jaren veel onderzoek geweest, waarin psychiatrische symptomen zijn beschreven en gegroepeerd met behulp van factoranalyses. Daaruit kan worden geconcludeerd dat er veel convergentie is tussen symptomen en een beperkte hoeveelheid dimensies, zowel op As-I als As-II.

3. Dimensionele diagnostiek op As-I

Diagnoses van de verschillende As-I stoornissen zijn, naast de symptoombeschrijvingen, grotendeels gebaseerd op de ernst en duur van de ziekte. Het cruciale probleem is de vraag of de psychiatrische stoornissen zoals ze momenteel worden gedefinieerd in de DSM-IV en ICD-10 duidelijk van elkaar zijn te onderscheiden, en van de gezonde popu-

⁸ Kendler & Baker, 2007 p. 615-626.

⁹ Fountoulakis & Kaprinis, 2006 p. 90-99.

¹⁰ Kasen e.a., 2007 p. 56-65.

¹¹ Morey e.a., 2006 p. 1-12.

¹² Oldham e.a., 1995 p.571-578.

¹³ Skodol e.a., 2002 p. 936-950.

¹⁴ Clark, 2005 p. 505-552.

¹⁵ Ormel e.a., 1995 p. 521-530.

¹⁶ Trull e.a., 2001 p. 175-198.

¹⁷ Widiger & Chaynes, 2003 p. 28-35.

latie.¹⁸ Het ontberen van een theoretische achtergrond, alsmede een biologische verklaring voor alle symptomen van de verschillende As-I stoornissen, vormt een ander punt van kritiek. Daarnaast lijkt de genetica multifactorieel te zijn bepaald.¹⁹ Zo wordt het belang van het aannemen van een ander gezichtspunt, – waarbij de genexpressie mogelijk kan worden herkend en kan worden onderscheiden van omgevingsfactoren, – alleen maar benadrukt. de onvrede met de categoriale diagnostiek heeft een grote stroom onderzoek teweeggebracht met het doel As-I symptomen zo te definiëren dat ze beter geschikt zouden worden voor het stellen van een diagnose en het indiceren van een behandeling. Een bepaald aantal dimensies is uit de onderzoeken herhaaldelijk naar voren gekomen.

Er is consensus over de onafhankelijke dimensies van psychose, te weten positieve symptomen (wanen en hallucinaties), negatieve symptomen (apathie, verminderde sociale belangstelling, verminderd affect en communicatie) en desorganisatie (veroorzaakt door denkproblemen).^{20 21 22} Deze dimensies zijn verspreid over de normale populatie, wat doet vermoeden dat er een continuüm is tussen normaal en psychotisch.^{23 24}

Bipolaire stoornis en schizofrenie delen bepaalde dimensies.²⁵ Er zijn suggesties om stemmings- en angststoornissen samen ‘emotionele stoornissen’ te noemen, bestaande uit drie subklassen: de bipolaire stoornissen (bipolair I, bipolair II, cyclothymie), de ‘distress’ stoornissen (depressie, dysthymie, gegeneraliseerde angststoornis, posttraumatische stressstoornis) en de angststoornissen (paniekstoornis, agorafobie, sociale fobie, specifieke fobie). Waaronder de andere syndromen (bijvoorbeeld obsessieve compulsieve stoornis) het beste geschaard zouden kunnen worden moet verder worden onderzocht.²⁶ Verslaving wordt vaak gezien als afzonderlijke dimensie.²⁷ Regelmatig gebruikte dimensies in de As-I diagnostiek blijken te zijn: positieve symptomen, negatieve symptomen, desorganisatie problemen, stemming, angst en verslaving. Psychomotorische stoornissen, slaap- en eetproblemen zijn somatische symptomen die regelmatig samengaan met een As-I stoornis en vaak een indicatie geven van de ernst van de stoornis.

4. Dimensionele diagnostiek op As-II

Categoriale diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen brengt vaak moeilijkheden met zich mee, omdat er veel overlap is tussen stoornissen en clusters van stoornissen. Een ander probleem is dat er veel verschillende manieren zijn waarop persoonlijkheidsstoornissen zich kunnen presenteren, doordat ze erg breed gedefinieerd zijn. Er is uitgebreid onderzoek geweest naar de dimensionele diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen vanuit verschillende gezichtspunten en theorieën. In het meest gebruikte model worden dimensies van persoonlijkheid en persoonlijkheidsstoornissen gezien als een constellatie van stabiele kenmerken met individuele verschillen, die kunnen veranderen in expressie

¹⁸ Jablensky, 2005 p. 201-205.

¹⁹ Kendler, 2006 p. 1138-1146.

²⁰ De Fruyt e.a., 2006 p. 479-510.

²¹ McGorry e.a., 1998 p. 935-947.

²² Cuesta e.a., 2003 p. 73-79.

²³ Crow, 1998 p. 502-504.

²⁴ Maziade e.a., 1996 p. 371-378.

²⁵ Scully e.a., 2002 p. 43-44.

²⁶ Watson, 2005 p. 522-536.

²⁷ Ormel e.a., 1995 p. 521-530.

en ernst in de loop van de tijd.²⁸ Persoonlijkheidskenmerken en persoonlijkheidsstoornissen kunnen worden gezien als bepaald stabiel over tijd.²⁹

De persoonlijkheidskenmerken neuroticisme en extraversie, die lang geleden geïntroduceerd zijn, worden nog steeds door de meeste onderzoekers gezien als belangrijke eigenschappen.³⁰

De Big Five Inventory (BFI) en de Dimensional Assessment of Personality Pathology Basic-Questionnaire (DAPP-BQ) zijn voorbeelden van dimensionele vragenlijsten waarmee respectievelijk persoonlijkheidskenmerken en persoonlijkheidspathologie kunnen worden vastgesteld. de BFI meet de 'Big Five' persoonlijkheidskenmerken, waarbij naast neuroticisme en extraversie ook consciëntieusheid, 'openness to experience' en 'agreeability' worden genoemd als dimensies.³¹ de DAPP-BQ maakt onderscheid tussen emotiondysregulatie, dissociaal gedrag, geïnhibeerdeheid en compulsiviteit.^{32 33}

De Temperament Character Inventory (TCI), geïntroduceerd door Cloninger, was ontwikkeld om een beter begrip te verkrijgen van de neurobiologie van de menselijke persoonlijkheid en bestaat uit vier karakterdimensies en drie temperamentdimensies.³⁴ de karakterdimensies zijn zelf-gerichtheid, mate van coöperatie, stabiliteit van affect en zelf-transcendentie. de temperamentdimensies zijn beloningsafhankelijkheid ('reward dependence'), het zoeken naar nieuwe stimuli ('stimulus seeking') en het vermijden van kwetsing ('harm avoidance'). de validiteit van Cloninger's psychobiologische model en het Five-Factor Model van persoonlijkheid in het voorspellen van DSM-IV persoonlijkheidsstoornissen is onderzocht en geen van de persoonlijkheidsbeschrijvende modellen blijkt superieur te zijn in het verklaren van symptomen van persoonlijkheidsstoornissen op het hogere orde niveau.^{35 36}

Millon heeft zes fundamentele dimensies van algemeen persoonlijkheidsfunctioneren voorgesteld die de onderliggende structuur van persoonlijkheidsstoornissen zouden weerspiegelen.^{37 38} Vergeleken met het vijf factor model is echter maar weinig ondersteuning gevonden voor het theoretische model van Millon.³⁹

Bij vergelijking van de dimensies van de BFI, DAPP-BQ, TCI en Millon valt op dat ze sterk corresponderen, hoewel ze voortkomen uit diverse perspectieven. de TCI dimensies 'harm avoidance' en 'self-directedness' lijken bijvoorbeeld tegenovergesteld aan neuroticisme, en 'reward dependence' en 'cooperativity' lijken aspecten van 'agreeableness'. de verschillende dimensies waarvan gevonden is dat ze belangrijk zijn, en die ook een genetische basis hebben, komen overeen met de dimensies van de DAPP-BQ. de vergelijking van de modellen maakt het belang duidelijk van een dimensionele representatie van persoonlijkheidsstoornissen die zowel stabiele kenmerken als dynamische psychopathologische invloeden vaststelt, zodat op basis daarvan externe criteria over tijd kunnen worden voorspeld.

²⁸ Skodol e.a., 2005 p. 487-504.

²⁹ Widiger, 2005 p. 586-593.

³⁰ Eysenck, 1951 p. 101-117.

³¹ Widiger & Costa, 1994 p. 78-91.

³² Livesley, 2001 p. 277-286.

³³ Livesley, 2001 p. 277-286.

³⁴ Cloninger, 2000 p. 99-108.

³⁵ De Clercq, de Fruyt, 2003 p. 269-292.

³⁶ De Fruyt e.a., 2006 p. 479-510.

³⁷ Millon, 1985 p. 379-391.

³⁸ Millon, 1991 p. 245-261.

³⁹ Mullins-Sweatt, Widiger, 2007 p. 42-57.

Om tot een etiologisch gebaseerde classificatie van de DSM-V te komen is het belangrijk dat aandacht wordt besteed aan gedrags- en moleculair-genetische bijdragen,⁴⁰ met mogelijk een fundamentele verschuiving in de conceptualisatie en diagnostiek van psychopathologie tot gevolg, misschien ook met een verschuiving naar een dimensionele classificatie van persoonlijkheidsstoornissen.^{41 42} Het vaststellen van een combinatie van persoonlijkheidskenmerken zou een categorische en dimensionele diagnose kunnen genereren, die een meer etiologisch aspect zouden kunnen introduceren.⁴³ Het is ook gesuggereerd dat er juist gefocust zou moeten worden op aspecten van maladaptief functioneren, zoals impulsiviteit, gevoelloosheid en emotionele kwetsbaarheid.⁴⁴ Naast dimensies en persoonlijkheidskenmerken moet er ook aandacht worden besteed aan de organiserende en integrerende functies van persoonlijkheid.⁴⁵

5. Dimensies van As-I en As-II vergeleken

Hoewel As-I stoornissen kunnen worden onderscheiden van As-II stoornissen op basis van het feit dat ze meer episodisch zijn,⁴⁶ kunnen overeenkomstige dimensies worden gezien wanneer we de genetische basis en de mogelijkheid om in een spectrummodel te passen wordt meegenomen. Het is bijvoorbeeld denkbaar dat emotiedysregulatie en stemming, neuroticisme en angst, cognitieve dysregulatie en denkproblemen, geïnhibeerde en sociale problemen en negatieve symptomen in een zelfde continuüm liggen.⁴⁷ Andere symptomen, zoals positieve symptomen, motorische problemen, eetproblemen en verslaving lijken geen onderliggende dimensies te hebben. Hoewel niet alle stoornissen op As-I en As-II dimensies lijken te delen, lijkt er een aanzienlijke overlap te zijn die het rechtvaardigt om gemeenschappelijke dimensies, die waarschijnlijk alleen variëren in ernst, te gebruiken. Het zou nuttig zijn wanneer dimensies konden worden bepaald op basis van hun oorsprong in neuronale circuits of fysiologische systemen, zoals bijvoorbeeld de amygdala, de prefrontale cortex of het autonome zenuwstelsel. In neuropsychologische, neurobiologische en genetische studies wordt er bij voorbeeld de voorkeur aan gegeven uit te gaan van de aanwezigheid van cognitieve stoornissen en een niet-specifieke manier van erfelijkheid met betrekking tot alle externaliserende stoornissen. Zij ondersteunen niet het bestaan van een aparte as voor persoonlijkheidsstoornissen.⁴⁸

6. Psychiatrische diagnostiek bij kinderen

Een andere vraag is of dimensies geschikt zijn voor het opstellen van een taxonomie die kan worden gebruikt voor psychiatrische diagnostiek bij kinderen, waarbij ontwikkeling in acht wordt genomen. Er is wat dat betreft minder aandacht geweest voor dimensies in de kinder- en jeugdpsychiatrie dan bij volwassenen. Onderzoek in het veld van de kinder- en jeugdpsychiatrie is lastig omdat er verschillende taxonomieën worden gebruikt, die het

⁴⁰ Livesley, 2005 p. 131-155.

⁴¹ Widiger & Trull, 2003 p. 1997:228-250.

⁴² Verheul, 2005 p. 581-585.

⁴³ Livesley, 2007 p. 199-224.

⁴⁴ McGlashan e.a., 2005 p. 883-889.

⁴⁵ Livesley, 1998 p. 137-147.

⁴⁶ Widiger, p. 90-108.

⁴⁷ Helzer, Kraemer & Krueger, 2006 p.1671-1680.

⁴⁸ Fountoulakis & Kaprinis, 2006 p. 90-94.

moeilijk maken resultaten te vergelijken.⁴⁹ Naast symptomen of tekortkomingen worden risicofactoren, premorbid functioneren, omgeving en etiologie gebruikt om psychiatrische problemen te beschrijven.

De factoren die van belang lijken te zijn in de jeugdpsychiatrie kunnen worden geïllustreerd aan de hand van de ontwikkeling van de diagnostiek en de verandering van de taxonomie over tijd. de term 'borderline' werd vroeger bijvoorbeeld gebruikt om een conditie te beschrijven die het midden hield tussen psychose en neurose. Symptomen die met een borderline conditie geassocieerd werden waren sociale incompetentie, aanpassingsproblemen en lichte neurologische problematiek.⁵⁰ de hypothese was dat constitutionele neurologische problemen zouden kunnen leiden tot leerproblemen, problemen met sociale interactie en het omgaan met stressoren. Gecombineerd met trauma zou dit resulteren in een verstoorde ontwikkeling.⁵¹ Er werd een hoge frequentie van organische tekortkomingen, fysiek misbruik en gezinsproblemen gevonden. Vijf gebieden zijn genoemd waarop problemen zich vanaf een jonge leeftijd zouden presenteren op een pervasieve manier: cognitieve processen, relaties met anderen, aard en mate van angst, neuromaturatie en regulatie van activiteit/aandacht.⁵² Later werd de borderline diagnose voornamelijk gebruikt om persoonlijkheidsstoornissen bij volwassenen te beschrijven.

Ondanks veranderingen van de taxonomie lijken de zelfde factoren van belang te blijven. Het kind dat nu 'antisociaal' wordt genoemd deelt bijvoorbeeld kenmerken met het kind dat voorheen als 'borderline' werd beschreven. Een moeilijk temperament, negatieve emoties, een lage frustratietolerantie, lage kwaliteit van opvoeding en lichte neurologische problemen worden nog steeds geacht voorspellend te zijn.⁵³ Aangenomen wordt dat naast interpersoonlijke en sociale beperkingen, die vaak worden geassocieerd met omgevingsfactoren zoals een vijandige opvoeding, ook individuele factoren, zoals beperkte verbale vaardigheden, tekortkomingen in executieve functies en het ontbreken van een evenwicht tussen gedragsactiviteit- en inhibitiesystemen bijdragen.⁵⁴ Beter begrip van subgroepen binnen de brede categorie van antisociale kinderen en volwassenen is belangrijk om interventies gericht te kunnen sturen.⁵⁵

7. Dimensies gerelateerd aan jeugdpsychiatrie

De kinder- en jeugdpsychiatrie is op dit moment gescheiden van de psychiatrie van volwassenen, hoewel het evident is dat psychiatrische symptomen bij kinderen niet verdwijnen wanneer ze opgroeien en dat psychiatrische problemen bij volwassenen vaak precursoren hebben in de jeugd. Bijvoorbeeld ongevoeligheid of het ontbreken van emoties blijkt unieke predictieve validiteit te hebben in de jeugd,⁵⁶ en externaliserende dimensies worden verwacht aan de basis te liggen van een spectrum van stoornissen (zoals antisociale persoonlijkheid en verslaving).⁵⁷ Descriptieve systemen van adaptieve en maladaptieve kenmerken van adolescenten en volwassenen blijken aan elkaar te zijn gerelateerd.⁵⁸

⁴⁹ Lahey e.a., p. 358-385.

⁵⁰ Bemporad e.a 1982 p. 596-602.

⁵¹ Pine, 1986 p. 450-457.

⁵² Cohen, Paul & Volkmar, 1986 p.213-220.

⁵³ Rettew & McKee, 2005 p. 14-27.

⁵⁴ Henry e.a., 2001 p. 307-312.

⁵⁵ Hill, 2002 p. 133-164.

⁵⁶ da Fontoura & Diambra, 2005 p. 021901.

⁵⁷ Krueger e.a., 2005 p. 537-550.

⁵⁸ Dadds e.a 2005 p. 400-410.

Bij het zoeken naar een taxonomie die geschikt is voor de psychiatrie van zowel kinderen als volwassenen is het belangrijk te kijken naar dimensies die herkend kunnen worden op jonge leeftijd, en onafhankelijk zijn van ontwikkeling en omgeving. Deze dimensies worden geacht genetisch en fysiologisch bepaald te zijn, wat het makkelijker zou moeten maken om de relatie met omgevingsfactoren en etiologie te ontdekken.

Er is onderzoek geweest dat het probleem van de taxonomie wilde verhelpen door te kijken naar angst, depressie, ADHD en gedragsproblemen.⁵⁹ Sommige symptomen lijken bijvoorbeeld deel uit te maken van hetzelfde syndroom als depressie, terwijl separatie-angst en compulsies een aparte dimensie zouden kunnen vormen. Wanneer men de dimensies die een rol spelen in de psychiatrie van jeugd en volwassenen vergelijkt, lijken ze overeen te komen, maar worden de factoren die belangrijk zijn in de jeugd toch als minder betekenisvol gezien in de volwassenenpsychiatrie. In de jeugdpsychiatrie zijn neurocognitieve problemen en neuromaturatie wezenlijk, want ze zijn gerelateerd aan de ernstigste stoornissen. In de volwassenenpsychiatrie daarentegen wordt er weinig aandacht aan besteed, en lijken alleen de denkproblemen over te blijven.

Dimensies die te meten zijn in de jeugd en predictieve waarde zouden kunnen hebben voor toekomstige problemen zijn emotie (ervaren, herkenning, regulatie), sociale cognitie (theory of mind, sociale competentie) en angst. Belangrijke domeinen van neurocognitief functioneren zijn aandacht, geheugen, impulsiviteit, perceptie en informatieverwerking, alsmede uitvoerende functies.⁶⁰

8. Hiërarchische dimensies

Misschien zou de discussie over dimensionele versus categoriale diagnostiek vanuit een ander gezichtspunt moeten worden bekeken, omdat de interactie en overlap tussen categorieën en dimensies te ingewikkeld is om tot een simpele oplossing te komen die betere aangrijpingspunten zou geven voor behandeling. Vanuit een neuropsychologisch gezichtspunt, noodzakelijk voor een beter begrip van de biologie, werken de hersenen op een hiërarchische wijze, waarbij elke functie, zoals perceptie, aandacht, geheugen, emotie, cognitie en taal, ondersteund wordt door neuronale netwerken, die op verschillende niveaus met elkaar samenwerken.⁶¹ Wanneer alleen gekeken wordt naar de dimensies en categorieën is het goed om te beseffen, dat neuronale circuits, zoals cognitief functioneren, fysiologieondersteunend, en zélf voorwaardenscheppend zijn voor andere circuits om tot uiting te komen of niet. Een model dat verschillende dimensies, neuropsychologie en fysiologie, includeert, zou de huidige moeilijkheden in de diagnostiek kunnen beperken.⁶²

9. Conclusie

Het ontwikkelen van een nieuwe taxonomie op basis van dimensies kan misschien betere aanwijzingen geven voor behandeling, zeker wanneer dimensies onderliggende genetica en fysiologie zouden weerspiegelen. Wanneer de definities van de dimensies verfijnd worden, zal dit, vrezend wij, echter weer samengaan met meer overlap. Hoewel dimensionele diagnostiek mogelijk geschikter zou kunnen zijn om behandeling op te baseren dan categoriale diagnostiek, zal een omschakeling naar dimensionele diagnostiek moeilijk

⁵⁹ Lahey e.a., 2004 p. 358-385.

⁶⁰ Krueger e.a., 2005 p. 537-550.

⁶¹ da Fontoura & Diambra, 2005 p. 021901.

⁶² Kok, 2004.

zijn vanwege de economische nadelen die daarmee gepaard gaan vanwege het vele gebruik van de DSM-IV.⁶³

In verband met een mogelijk evengrote mate van overlap en het genoemde economische belang wordt wel voorgesteld om een combinatie van categoriale en dimensionele diagnostiek te gebruiken als basis voor interventies.^{64 6566}

Daarnaast is het belangrijk te kijken naar de hiërarchie van psychiatrische symptomen, waarin sommige symptomen basaal zijn, zoals fysiologische factoren en neurocognitieve functies. Andere symptomen zouden daar bovenop komen, dan wel een uiting zijn van het disfunctioneren. Of, andersom bezien: sommige dimensies kunnen alleen tot uiting komen, wanneer er geen problemen zijn op het gebied van de fysiologie en het neurocognitief functioneren, terwijl andere er juist een uiting van kunnen zijn.

Mogelijk dat een hiërarchische taxonomie, die uitgaat van richtinggevende categoriale, aangevuld met dimensionele, diagnostiek voor verdere analyse van symptomen, na meer uitgesproken identificatie (en zo mogelijk uitsluiting) van basale fysiologische factoren dan in de huidige taxonomie, het meest optimaal is om aangrijpingspunten voor behandeling te kunnen formuleren.

Grondige kennis van onderliggende neuronale netwerken, neuronaal functioneren en fysiologie is daarbij noodzakelijk, en daagt klinici uit biologischer te denken.

Personalia

E. Nederlof, Psychiater NIFP, Rotterdam and Dordrecht, Noordsingel 185, 3035 ER Rotterdam Email: nederlof50@hotmail.com.

T.I. Oei, Hoogleraar Forensische Psychiatrie, Faculteit Rechtsgeleerdheid, Universiteit van Tilburg, Postbus 90153, 5000 LE Tilburg.

Aangehaalde literatuur

American Psychiatric Association 1994

The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition.

Bemporad e.a. 1982

J.R. Bemporad, H.F. Smith, G. Hanson & D. Cicchetti, Borderline syndromes in childhood: criteria for diagnosis, 1982, *American Journal of Psychiatry*, 1982, 139, p. 596-602.

Bernstein e.a. 1996

D.P. Berstein, P. Cohen, A. Skodol, S. Bezirganian & J.S. Brook, Childhood antecedents of adolescent personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 1996, 15, p. 907-913.

Clark 2005

L.A. Clark, Temperament as a unifying basis for personality and psychopathology, *Journal of Abnormal Psychology*, 2005, 11, p. 505-52.

⁶³ Dudgeon e.a., 2001 p. 94-96.

⁶⁴ Clark, 2007 p. 227-257.

⁶⁵ Gunderson e.a., 2006 p. 1173-1178.

⁶⁶ Livesley, 2007 p. 199-224.

Clark 2007

L.A. Clark, Assessment and diagnosis of personality disorder: perennial issues and an emerging reconceptualization. *Annual Review of Psychology*, 2007, 58, p. 227-257.

De Clercq & de Fruyt 2003

B. de Clercq & F. de Fruyt, Personality disorder symptoms in adolescence: a five-factor model perspective, *Journal of Personality Disorder*, 2003, 17, p. 269-292.

Cloninger 2000

C.R. Cloninger, A practical way to diagnosis personality disorder: a proposal, *Journal of Personality Disorder*, 2000, 14, p. 99-108.

Cohen, Paul & Volkmar 1986

D.J. Cohen, R. Paul & F.R. Volkmar, Issues in the classification of pervasive and other developmental disorders: toward DSM-IV, *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, 1986, 25, p. 213-220.

Crow 1998

T.J. Crow, From Kraepelin to Kretschmer leavened by Schneider: the transition from categories of psychosis to dimensions of variation intrinsic to homo sapiens, *Archives of General Psychiatry*, 1998, 55, p. 502-504.

Cuesta e.a. 2003

M.J. Cuesta, V. Peralta, P. Gil & M. Artamendi, Psychopathological dimensions in first-episode psychoses. From the trunk to the branches and leaves, *European Archives of Psychiatry Clinical Neuroscience*, 2003, 253, p. 73-79.

Dadds e.a. 2005

M.R. Dadds, J. Fraser, A. Frost & D.J. Hawes, Disentangling the underlying dimensions of psychopathy and conduct problems in childhood: a community study, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2005, 73, p. 400-410.

Dudgeon e.a. 2001

P. Dudgeon, A.J. Mackinnon, R.C. Bell & P.D. McGorry, Failure to confirm the 3 domains model of psychosis, *Archives of General Psychiatry*, 2001, 58, p. 94-96.

Eysenck 1951

H.J. Eysenck, The organization of personality, *Journal of Personality*, 1951, 20, p. 101-117.

First 2005

M.B. First, Clinical utility: a prerequisite for the adoption of a dimensional approach in DSM, *Journal of Abnormal Psychology*, 2005, 11, p. 560-564.

Fountoulakis & Kaprinis 2006

K.N. Fountoulakis & G.S. Kaprinis, Personality disorders: new data versus old concepts, 2006, *Current Opinion in Psychiatry*, 19, p. 90-94.

da Fontoura & Diambra 2005

C.L. da Fontoura & L. Diambra, Topographical maps as complex networks, *Physiological Review E State of Nonlinear Soft Matter Physics*, 71, p. 021901.

De Fruyt e.a. 2006

F. de Fruyt, B.J. de Clercq, L. van de Wiele & K. van Heeringen, The validity of Cloninger's psychobiological model versus the five-factor model to predict DSM-IV person-

ality disorders in a heterogeneous psychiatric sample: domain facet and residualized facet descriptions, *Journal of Personality*, 2006, 74, p. 479-510.

McGlashan e.a. 2005

T.H. McGlashan, C.M. Grilo, C.A. Sanislow, E. Ralevski, C. Morey, J.G. Gunderson, A.E. Skodol, M.T. Shea, M.C. Zanarini, D. Bender, R.L. Stout, S. Yen & M. Pagano, Two-year prevalence and stability of individual DSM-IV criteria for schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: toward a hybrid model of axis II disorders, *American Journal of Psychiatry*, 2005, 16, p. 883-889.

McGorry e.a. 1998

P.D. McGorry, R.C. Bell, P.L. Dudgeon & H.J. Jackson, The dimensional structure of first episode psychosis: an exploratory factor analysis, *Psychological Medicine*, 28, p. 935-947.

Gunderson e.a. 2006

J.G. Gunderson, I. Weinberg, M.T. Daversa, K.D. Kueppenbender, M.C. Zanarini, M.T. Shea, A.E. Skodol, C.A. Sanislow, S. Yen, L.C. Morey, C.M. Grilo, T.H. McGlashan, R.L. Stout & I. Dyck, Descriptive and longitudinal observations on the relationship of borderline personality disorder and bipolar disorder, *American Journal of Psychiatry*, 2006, 163, p. 1173-1178.

Helzer, Kraemer & Krueger 2006

J.E. Helzer, H.C. Kraemer & R.F. Krueger, The feasibility and need for dimensional psychiatric diagnoses, 2006, *Psychological Medicine*, 2006, 36, p. 1671-1680.

Henry e.a. 2001

C. Henry, V. Mitropoulou, A.S. New, H.W. Koenigsberg, J. Silverman & L.J. Siever, Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders: similarities and differences, *Journal of Psychiatric Research*, 2001, 35, p. 307-312.

Hill 2002

J. Hill, Biological, psychological and social processes in the conduct disorders, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2002, 43, p. 133-164.

Jablensky 2005

A. Jablensky, Categories, dimensions and prototypes: critical issues for psychiatric classification, *Journal of Psychopathology*, 2005, 38, p. 201-205.

Kasen e.a. 2007

S. Kasen, P. Cohen, A.E. Skodol, M.B. First, J.G. Johnson, J.S. Brook & J.M. Oldham, Comorbid personality disorder and treatment use in a community sample of youths: a 20-year follow-up, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115, p. 56-65.

Kendler 2006

K.S. Kendler, Reflections on the relationship between psychiatric genetics and psychiatric nosology, *American Journal of Psychiatry*, 2006, 163, p. 1138-1146.

Kendler & Baker 2007

K.S. Kendler & J.H. Baker, Genetic influences on measures of the environment: a systematic review, *Psychological Medicine*, 37, p. 615-626.

Kok 2004

A. Kok, *Het hiërarchisch brein. Inleiding tot de cognitieve neurowetenschap*, Van Gorcum, Assen, ISBN 90-232-3977-6.

Krueger e.a. 2005

R.F. Krueger, K.E. Markon, C.J. Patrick & W.G. Iacono, Externalizing psychopathology in adulthood: a dimensional-spectrum conceptualization and its implications for DSM-V, *Journal of Abnormal Psychology*, 2005, 114, p. 537-550.

Lahey e.a. 2004

B.B. Lahey, B. Applegate, I.D. Waldman, J.D. Loft, B.L. Hankin & J. Rick, The structure of child and adolescent psychopathology: generating new hypotheses, *Journal of Abnormal Psychology*, 2004, 113, p. 358-385.

Livesley 1998

W.J. Livesley, Suggestions for a framework for an empirically based classification of personality disorder, *Canadian Journal of Psychiatry*, 1998, 43, p. 137-147.

Livesley 2001

W.J. Livesley, Commentary on reconceptualizing personality disorder categories using trait dimensions, *Journal of Personality*, 2001, 69, p. 277-286.

Livesley 2005

W.J. Livesley, Behavioral and molecular genetic contributions to a dimensional classification of personality disorder, *Journal of Personality Disorder*, 2005, 19, p. 131-155.

Livesley 2007

W.J. Livesley, A framework for integrating dimensional and categorical classifications of personality disorder, *Journal of Personality Disorders*, 2007, 21, p. 199-224.

Maziade e.a. 1996

M. Maziade, S. Bouchard, N. Gingras, L. Charron, A. Cardinal, M.A. Roy, B. Gauthier, G. Tremblay, S. Cote, C. Fournier, P. Boutin, M. Hamel, C. Merette & M. Martinez, Long-term stability of diagnosis and symptom dimensions in a systematic sample of patients with onset of schizophrenia in childhood and early adolescence. II: Postnegative distinction and childhood predictors of adult outcome, *British Journal of Psychiatry*, 1996, 169, p. 371-378.

Millon 1985

T. Millon, The MCMI provides a good assessment of DSM-III disorders: the MCMI-II will prove even better, *Journal of Personality Assessment*, 1985, 49, p. 379-391.

Millon 1991

T. Millon, Classification in psychopathology: rationale, alternatives, and standards. *Journal of Abnormal Psychology* 100, p. 245-261.

Morey e.a. 2006

L.C. Morey, C.J. Hopwood, J.G. Gunderson, A.E. Skodol, M.T. Shea, S. Yen, R.L. Stout, M.C. Zanarini, C.M. Grilo, C.A. Sanislow & T.H. McGlashan, Comparison of alternative models for personality disorders, *Psychological Medicine*, 2006, p. 1-12.

Mullins-Sweatt & Widiger 2007

S.N. Mullins-Sweatt & T.A. Widiger, Millon's dimensional model of personality disorders: a comparative study, *Journal of Personality Disorders*, 2007, 21, p. 42-57.

Oldham e.a. 1995

J.M. Oldham, A.E. Skodol, H.D. Kellman, S.E. Hyler, N. Doidge, L. Rosnick & P.E. Gallaher, Comorbidity of axis I and axis II disorders, *American Journal of Psychiatry*, 1995, 152, p. 571-578.

Ormel e.a. 1995

J.Ormel, A.J.Oldehinkel, D.P.Goldberg, P.P.Hodiamont, F.W.Wilmink & K.Bridges, The structure of common psychiatric symptoms: how many dimensions of neurosis? *Psychological Medicine*, 1995, 25, p. 521-530.

Pine 1986

F. Pine, On the development of the “borderline-child-to-be”, *American Journal of Orthopsychiatry*, 56, p. 450-457.

Rettew & McKee 2005

D.C. Rettew & L. McKee, Temperament and its role in developmental psychopathology, *Harvard Review of Psychiatry*, 2005, 13, p. 14-27.

Scully 2002

P.J. Scully, J.M. Owens, A. Kinsella & J.L. Waddington, Dimensions of psychopathology in bipolar disorder versus other affective and non-affective psychoses among an epidemiologically complete population, *Journal of Bipolar Disorder*, 2002, 4 Supplement 1, p. 43-44.

Skodol e.a. 2002

A.E. Skodol, J.G. Gunderson, B. Pfohl, T.A. Widiger, W.J. Livesley & L.J. Siever, The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure, *Biological Psychiatry*, 2002, 51, p. 936-950.

Skodol e.a. 2005

A.E.Skodol, J.G.Gunderson, M.T.Shea, T.H.McGlashan, L.C.Morey, C.A.Sanislow, D.S.Bender, C.M.Grilo, M.C.Zanarini, S.Yen, M.E.Pagano & R.L.Stout, The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): overview and implications, *Journal of Personality Disorders*, 2005, 19, p. 487-504.

Trull, Widiger & Burr 2001

T.J.Trull, T.A.Widiger & R.Burr, A structured interview for the assessment of the Five-Factor Model of personality: facet-level relations to the axis II personality disorders, *Journal of Personality*, 69, p. 175-198.

Verheul 2005

R. Verheul, Taxonomic implications of three prospective studies on the course and outcome of personality disorders, *Journal of Personality Disorders*, 2005, 19, p. 581-585.

Watson 2005

D. Watson, Rethinking the mood and anxiety disorders: a quantitative hierarchical model for DSM-V, *Journal of Abnormal Psychology*, 2005, 114, p.522-536.

Widiger & Costa 1994

T.A. Widiger & P.T. Costa Jr, Personality and personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 1994, 103, p. 78-91.

Widiger & Trull 1997

T.A. Widiger & T.J. Trull, Assessment of the five-factor model of personality, *Journal of Personality Assessment*, 1997, 68, p. 228-250.

Widiger & Clark 2000

T.A. Widiger & L.A. Clark, Toward DSM-V and the classification of psychopathology. *Psychological Bulletin*, 2000, 126, p. 946-963.

Widiger & Chaynes 2003

T.A. Widiger & K. Chaynes, Current issues in the assessment of personality disorders. *Current Psychiatry Reports*, 2003, 5, p. 28-35.

Widiger 2003

T.A. Widiger, Personality disorder and Axis I psychopathology: the problematic boundary of Axis I and Axis II, *Journal of Personality Disorders*, 2003, 17, p. 90-108.

Widiger 2005

T.A. Widiger, CIC, CLPS, and MSAD, *Journal of Personality Disorders*, 2005, 19, p. 586-593.

De kwaliteit van het onderzoek pro Justitia in 2018

N. Duits

Samenvatting

Achtergrond

Er is discussie over de kwaliteit van het onderzoek van psychiaters en psychologen op verzoek van rechter of officier van justitie. de discussie betreft de deskundigheid van de deskundige, het onderzoek zelf en de kwaliteit van de rapportage pro Justitia.

Doel

Verduidelijken wat de kwaliteit bepaalt van het onderzoek en de rapportage pro Justitia, hoe dat onderzocht en verbeterd kan worden en hoe de kwaliteit zal zijn in 2018.

Methode

Literatuuronderzoek en eigen onderzoek over de kwaliteit van het onderzoek en de rapportage pro Justitia met inachtneming van de historische ontwikkeling, de professionele discussie en de recente beleidsontwikkelingen in Nederland.

Resultaten

De perspectieven van de verschillende betrokkenen en de kwaliteitsindicatoren van het onderzoek pro Justitia zijn te omschrijven via een evaluatiemodel. Dat model maakt inzichtelijk welke kwaliteitsindicatoren bepaald en onderzocht moeten worden. Er zijn verschillende kwaliteitsontwikkelingen gaande, dankzij de komst van opleidingen, richtlijnen en forensische diagnostische instrumenten en doordat de overheid wet- en regelgeving ontwikkelt. Om de kwaliteit van het onderzoek pro Justitia te verbeteren is een planning nodig met verduidelijking van verantwoordelijkheden en (financiële) prioriteringen.

Conclusie

In 2018 is de kwaliteit van het onderzoek pro Justitia beter geobjectiveerd op basis van empirisch en evaluatief onderzoek en er is kwalitatief veel verbeterd ten opzichte van 2008. de wetenschappelijke, technische en digitale ontwikkelingen en organisatorische veranderingen en de grote financiële en maatschappelijke belangen hebben echter nieuwe kwaliteitseisen voortgebracht.

Inleiding

De psychiater of psycholoog die als onafhankelijke gedragsdeskundige jongeren onderzoekt op verzoek van rechter of officier van justitie ('pro Justitia') dient uitsluitend te geven over de vraag of en in hoeverre een 'gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens' van invloed is geweest op het handelen van de onderzochte, wat de kans is op criminele recidive en hoe bij jongeren het ontwikkelingsperspectief te verbeteren valt, eventueel via hulpverlening, om recidive te voorkomen.¹ Deze onderzoeken en de weerslag in de rapportages pro Justitia spelen niet alleen een belangrijke rol bij het nemen van soms verstrekkende beslissingen van de rechtbank maar ze blijven soms ook jarenlang referentiepunt voor eventuele behandelingen of nieuwe contacten met Justitie. Het onderzoek en de rapportage pro Justitia dienen daarom van goede kwaliteit te zijn en het dient met de nodige (medisch) ethische en professionele waarborgen omkleed te wor-

¹ Bartels, 2004.

den. Het is daarom nodig om goed te bepalen wat een kwalitatief goed onderzoek pro Justitia inhoudt en hoe tot kwaliteitsverbetering gekomen kan worden.

Vraagstelling

In dit onderzoek wordt nagegaan (1) wat de kwaliteit van het onderzoek en de rapportage pro Justitia bepaalt en (2) hoe dat verbeterd kan worden en (3) hoe de kwaliteit van het onderzoek en de rapportage pro Justitia zal zijn in 2018.

1. Wat bepaalt de kwaliteit van de rapportage pro Justitia?

Een rapportage kan alleen maar goed zijn indien het onderzoek goed was ('a forensic report is a window into the evaluation')². Maar wanneer is het goed en voor wie is het goed? Kwaliteit is te benaderen vanuit vijf invalshoeken³: filosofisch (smaak, beleving, gevoel), productgericht (eisen en specificaties product), klantgericht (behoefte, doelen en verwachtingen klant), procesgericht (hoe komt het product tot stand, levert het proces het product op, effectiviteit) en prijsgericht (prijs-kwaliteitverhouding, efficiëntie, prijs- 'offer' klant). Dat betekent dat onderzocht moet worden of het 'product' rapportage wel noodzakelijk is, en zo ja, voor wie en of het is afgestemd op de behoefte en doelen van de klanten, of het bruikbaar en werkzaam is en of er nog andere productspecificaties zijn. Pas nadat deze aspecten zijn verduidelijkt, komen procesgerichte factoren als efficiëntie ter zake. de noodzaak van het onderzoek en de rapportage pro Justitia ligt besloten in het strafrecht: de rechter-commissaris, de officier van justitie en de rechter ter terechtzitting is opdrachtgever en wil onafhankelijk gedragsdeskundig onderzoek 'omtrent de persoon' van de verdachte door een of twee gedragsdeskundigen, onder wie in gespecificeerde gevallen in ieder geval een psychiater.

Toenemend ontstaat de situatie dat het onderzoek en de rapportage pro Justitia niet alleen bruikbaar moet zijn ook voor de opdrachtgever maar ook voor de andere gebruikers die in het strafproces of behandeltraject betrokken zijn. Door de pedagogische doelstelling van het jeugdstrafrecht ('ten goede komen aan ontwikkeling') is dat expliciet het geval bij het onderzoek pro Justitia van jongeren.

Gebruikswaarde rapportage pro Justitia

Via concept mapping onderzoek is onderzocht wat de vijf gebruikersgroepen het meest bepalend achten voor de gebruikswaarde van de rapportage pro Justitia van jongeren en vervolgens is dit voorgelegd aan ervaren rapporteurs.⁴ Een uit dit onderzoek voortkomende bevinding dat rapporteurs de onderbouwing van hun adviesoverwegingen belangrijker vinden dan rechtsplegers, komt overeen met internationaal onderzoek.⁵ Een mogelijke verklaring is dat rechtsplegers de wetenschappelijke onderbouwing van gebruikte methoden en conclusies niet goed kunnen inschatten.⁶

² Wettstein, 2005.

³ Garvin, 1989.

⁴ Duits, 2006.

⁵ Wettstein, 2005.

⁶ Mumley e.a., 2003; Wettstein, 2005.

2. Hoe kan de kwaliteit van het onderzoek en de rapportage onderzocht en verbeterd worden?

Er is internationaal nauwelijks onderzoek gedaan naar algemene principes van kwaliteitsbeoordeling en kwaliteitsverbetering van deskundigenonderzoek in strafzaken.⁷ Bij het gebruik van internationale literatuur dient men zich te realiseren dat er internationale verschillen zijn in strafrechtspleging en (daardoor) verschillende doelstellingen van het deskundigenonderzoek. Er is een algemeen conceptueel kader nodig om tot kwaliteitsverbetering en evaluatie te komen.

Een evaluatiemodel

Er is een evaluatiemodel ontwikkeld voor de kwaliteit van onderzoek pro Justitia gebaseerd op principes van kwaliteit van zorg binnen de algemene gezondheidszorg.⁸ Dit evaluatiemodel onderscheidt drie kwaliteitsaspecten van het onderzoek pro Justitia (structuur, proces en uitkomst) en kent vier verschillende kwaliteitsperspectieven (de onderzochte, de professional, de organisatie c.q. het NIFP, en de overheid). Het evaluatiemodel kent zodoende een matrixstructuur (3 aspecten x 4 perspectieven) bestaande uit 12 kwaliteitsdomeinen met elk een aantal kwaliteitsindicatoren, dat wil zeggen meetbare grootheden die een bepaald kwaliteitsdomein vertegenwoordigen. Er ontstaan zo twaalf groepen kwaliteitsindicatoren (zie tabel 1). Voor de evaluatie van de kwaliteit van het onderzoek pro Justitia (benodigde structuur, onderzoekproces en de rapportages als uitkomst) dient men per domein één of meer meetbare kwaliteits- of prestatie-indicatoren te definiëren. Het kiezen en definiëren van deze indicatoren vindt meestal plaats via een proces van consensusvorming tussen experts en/of belanghebbenden. Indien dat gedaan is, dienen meetinstrumenten ontwikkeld en getest te worden om die indicatoren te meten en vervolgens moeten deze instrumenten worden geïmplementeerd in de dagelijkse routine.⁹ Het dient altijd duidelijk te zijn vanuit wiens perspectief en met welk doel men evalueert anders komen er misverstanden of ontstaat er onbegrip, bijvoorbeeld tussen dokters en managers, overheid en organisaties.¹⁰

Tabel 1. Evaluatiemodel kwaliteit van onderzoek pro Justitia (bron: Duits, 2006)

<i>Aspecten kwaliteit</i>	<i>Structuur</i>	<i>Proces</i>	<i>Uitkomst</i>
<i>Perspectieven kwaliteit</i>			
Patiënt	1	2	3
Professional	4	5	6
Organisatie	7	8	9
Overheid	10	11	12

Dit evaluatiemodel met kwaliteitsindicatoren wordt gebruikt in de bespreking van de stand van zaken van het onderzoek pro Justitia en in de schets voor 2018.

⁷ Wettstein, 2005; Grøndahl, 2005; Duits, 2006.

⁸ Duits, 2006.

⁹ Duits, 2006.

¹⁰ Ploch e.a., 2003; Smith, 2003.

2.1 Verduidelijking van perspectieven

2.1.1 *Perspectief van de onderzochte*

Een groot deel van degenen dat in aanraking komt met Justitie en die pro Justitia wordt onderzocht heeft last van psychische stoornissen.¹¹ Maar, justitiabelen hoeven niet mee te werken aan onderzoek pro Justitia, ze mogen afwegen of ze er baat bij hebben en zij kunnen uit legitieme, opportunistische of pathologische overwegingen het tenlastegelegde ontkennen of informatie achterhouden. Degenen die onderzocht worden zien onderzoekers vaak als verlengstuk van Justitie. Dat is niet onbegrijpelijk omdat Justitie ook opdrachtgever is. Onderzoek pro Justitia is voor velen een eenmalige en angstige gebeurtenis, anderen zijn geroutineerd doordat ze al meermalen zijn onderzocht. Bij het onderzoek van jongeren is het zo dat ouders vaak anders denken over de noodzaak van diagnostiek en zorg dan hun kinderen, afhankelijk van hun problematiek en leeftijd. Ouders dienen betrokken te worden bij de diagnostiek en de overwegingen over de noodzaak van zorg, ook omdat dat uit professionele gronden nodig is.¹² Het is terecht dat onderzochten willen weten wat de deskundigheid is van de onderzoeker is en wat het nut en doel is van het onderzoek. de onderzochte mag ook eisen stellen aan de bejegening door de onderzoeker en de al of niet verkregen en begrijpelijke uitleg over onderzoek, conclusie en advies. Gezien het bovenstaande is het dus van belang te weten of de onderzochten daarover tevreden zijn en of het (bij jongeren) ‘ten goede gekomen is aan hun ontwikkeling’.

2.1.2 *Perspectief van de deskundige*

Van belang is dat de rapporteur weet heeft van de opdracht en vraagstelling en van zijn positie en rol in het rapportageproces. Hij dient onafhankelijk en onpartijdig te zijn om op objectieve gronden zijn onderzoek te kunnen doen. Dat is meteen al van belang bij de opdracht tot en eventuele aanvaarding van een onderzoek. Hij moet een zekere distantie bewaren tot de opdrachtgever en geen zakelijke of persoonlijke relatie of belangenverstrengeling hebben, noch met de opdrachtgever noch met een van de procespartijen, want dat kan terugslaan op de waardering van zijn expertise. de deskundige moet ook waken voor onduidelijke opdrachten en voor rechtstreekse en tussentijdse contacten met de opdrachtgever in verband met mogelijke beïnvloeding van de uitkomst van het onderzoek. Hij moet duidelijk zijn tegenover alle betrokkenen, inclusief de onderzochte, over de aangenomen opdracht en over zijn rol als rapporteur, en hij mag deze rol niet vermengen met die van behandelaar.¹³ de gedragsdeskundige levert de rechter materiaal ter beantwoording van de vragen naar de strafbaarheid en de treffen sanctie. de deskundige moet zich ervan bewust zijn dat deze vragen in het beslissingsschema van de rechter volgen op de vragen naar het schuldbewijs (art. 350 Sv). de deskundige moet zich niet bezighouden met waarheidsvinding, weerlegging of bewijsvoering van tenlastegelegde feiten, want dat wordt hem niet gevraagd.

Voor de risicotaxatie van geweldsrecidive in de rapportagesituatie dient men de van belang zijnde factoren te kennen en te integreren in het klinische oordeel en het advies over

¹¹ Bulten, 1994; Doreleijers, 1995; Duits, 2000; Vreugdenhil, 2003; Canton, 2004.

¹² Duits, 2004.

¹³ Wettstein, 2004; Duits, 2006; Duits & van Kordelaar, 2007; van Kordelaar & Duits, 2007.

risicobeheersing.¹⁴ Op basis van kennis van psychopathologie en interventietechnieken dient men te kunnen zeggen of en welke behandeling of begeleiding van de onderzochte welke kans van slagen heeft.¹⁵

Bij het onderzoek van jongeren is een ontwikkelings- en systeemgerichte benadering en het betrekken van ouders en meerdere informanten van belang voor betere diagnostiek en zorg.¹⁶ Bij jongeren is vaak sprake van (gewelddadig) groepsgedrag.

Een gedragsdeskundige dient specifieke kennis en vaardigheden te hebben, die tot uiting komen in het onderzoeksproces en hun beslag krijgen in de rapportage pro Justitia.¹⁷ de deskundige dient zijn forensische expertise te ontwikkelen en te onderhouden via forensische opleiding en bijscholing en intervisie en intercollegiale toetsing (*peer review*) zijn ook een vereiste, men dient zich open te stellen voor professionele kritiek, want er zijn veel valkuilen voor de enkeling. de deskundige moet zich toenemend verantwoordelijk over zijn opleiding en ervaring en over de gebruikte onderzoeksmethode; hij dient zijn vakbekwaamheid te 'bewijzen'. Die verduidelijking van deskundigheid wordt benadrukt in het wetsvoorstel 'Deskundige in strafzaken' en het daaraan gekoppelde openbare landelijk deskundigenregister.¹⁸ Het wordt ook bekrachtigd door de richtlijnen voor de rapportage pro Justitia van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie van 2008.¹⁹

2.1.3 *Perspectief van de organisatie*

Voor het inschakelen van onafhankelijke gezondheidszorgpsychologen en psychiaters bij het onderzoek pro Justitia is sinds midden jaren negentig de rapportagebemiddeling met intercollegiale toetsing geprotocolleerd en geprofessionaliseerd via de toenmalige Forensische Psychiatrische Dienst (FPD) en nu het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP). de rapportagebemiddeling, die plaatsvindt per NIFP locatie bestaat uit advisering aan de opdrachtgever over de wenselijkheid, de (reële) vraagstelling en het type onderzoek, matching van een opdracht aan een passende deskundige, serviceverlening aan deskundigen en opdrachtgevers, en toetsing van het deskundigenrapport op vakbekwaamheid, onpartijdigheid en onafhankelijkheid en bruikbaarheid. Sinds 2004 is deze werkwijze voor jongeren geformaliseerd waarbij het NIFP ook zorg dient te dragen voor het ontwikkelen van instrumenten en de opleiding van rapporteurs.²⁰ Een dergelijk organisatieprincipe van rapportagebemiddeling kan een 'controlled private practioner system' genoemd worden.²¹ Dat wil zeggen dat het merendeel van de rapporteurs als zelfstandige rapporteert vanuit de privé-praktijk. Er worden echter wel eisen en kaders gesteld aan hun expertise en de kwaliteit van hun rapporten. Een dergelijke werkwijze maakt het mogelijk om individuele rapporteurs te ondersteunen met inachtneming van hun onafhankelijke positie en om kwaliteitsverbetering te bewerkstelligen. Een aspect daarvan is om de diagnostiek en het advies beter aan te laten sluiten op de geïndiceerde behandeling ('forensische indicatiestelling').

¹⁴ Canton, 2004; Duits, 2006.

¹⁵ Kroll, 2004.

¹⁶ AACAP, 1997; Verhulst, 2000; Vincent & Grisso, 2005.

¹⁷ Duits, 2006; Duits & van Kordelaar, 2007; van Kordelaar & Duits, 2007.

¹⁸ Tweede Kamer, 2007; Duits & van Kordelaar, 2007; van Kordelaar & Duits, 2007.

¹⁹ www.nvvp.net.

²⁰ Ministerie van Justitie, 2002; Tweede Kamer, 2005; www.nifp.nl.

²¹ Grisso e.a., 1994; Nicholson & Norwood, 2000; Duits, 2006.

2.1.4 *Perspectief van de overheid*

De overheid is verantwoordelijk voor de rechtsgelijkheid van justitiabelen en dat geldt dus ook voor degenen die pro Justitia onderzoek ondergaan in de zin dat de kwaliteit en uniformiteit van de onderzoeken en de rapportages geborgd zijn. Voor het onderzoek van jongeren is een landelijk kader opgesteld dat in 2004 van kracht werd.²² Het kader legt de nadruk op onafhankelijkheid en functiescheidingen met verantwoordelijkheden en taken voor alle betrokken organisaties en onderzoekers. Men achtte een register van gekwalificeerde rapporteurs van belang dat gelieerd zou moeten zijn aan opleidingen.²³ Dat is inmiddels versneld in ontwikkeling gekomen en veralgemeniseerd voor alle deskundigen in het strafrecht mede door de impact van de Schiedammer parkmoord. In 2008 zal de Wet 'Deskundige in strafzaken' van kracht zijn met een daaraan gekoppeld openbaar toegankelijk landelijk deskundigenregister, waarbij de toegangseisen en kwaliteitseisen voor deskundigen worden verduidelijkt in een algemene maatregel van bestuur.²⁴ Het ministerie van Justitie wil de kwaliteit van pro Justitia diagnostiek van jongeren verbeteren en de rapportage startpunt voor behandeling laten zijn voor jongeren met een PIJ-maatregel.²⁵ Daarvoor is een betere afstemming nodig tussen pro Justitia onderzoek en behandeling van jongeren met een PIJ-maatregel.²⁶ de financiële vergoeding voor rapporteurs dient verbeterd te worden om kwaliteitsverbetering van pro Justitia onderzoek te bewerkstelligen, een onafhankelijk adviesbureau heeft eind 2007 voorstellen gedaan voor betere honorering.²⁷

2.2 Empirisch onderzoek

Het weinige empirisch onderzoek naar de kwaliteit van forensische rapportages betreft veelal psychologische rapportages, met een flinke kloof tussen wat professionals van belang achten en wat de praktijk laat zien.²⁸ Gestructureerde evaluatie van de kwaliteit van rapportages is wenselijk, maar dat vereist een methodologie met goede inter-beoordelaars betrouwbaarheid.²⁹ Duits (2006) ontwikkelde op basis van empirisch onderzoek een standaard evaluatie-instrument voor de rapportages van jongeren: de STER. Het instrument is getest op interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. de STER maakt het mogelijk om de kwaliteit van de rapportages te verduidelijken, te objectiveren en te verbeteren. Dat is van belang voor: 1) de gerapporteerde, gezien de verstreckende adviezen in de rapportages, 2) de rapporteurs om hen beter op te leiden en te begeleiden, 3) het NIFP, om beter en uniformer de rapportage op kwaliteit te toetsen en te verbeteren, 4) de opdrachtgevers en gebruikers om eisen te stellen aan de kwaliteit van rapportages, 5) het ministerie van Justitie om randvoorwaardelijke aspecten te koppelen aan de kwaliteit van de rapportage. Er wordt ook een STER ontwikkeld voor volwassenen en de klinische rapportage.³⁰

²² Ministerie van Justitie, 2002; Tweede Kamer, 2005.

²³ Tweede Kamer, 2005.

²⁴ Tweede Kamer, 2007; Duits & van Kordelaar 2007; van Kordelaar & Duits, 2007.

²⁵ Tweede Kamer, 2006.

²⁶ Consortium Jeugd, 2007; Tweede Kamer, 2007.

²⁷ Hoeksma, Homans & Menting, 2007).

²⁸ Mumley e.a., 2003; Wettstein, 2005; Nicholson & Norwood, 2000.

²⁹ Heilbrun, 2004; Wettstein, 2005.

³⁰ www.nifp.nl.

Er is internationaal consensus dat het onderzoeksrapport geordend en gedocumenteerd moet zijn via een ‘format’ waarbij alle relevante gegevens aan bod komen en alle vragen op een leesbare, begrijpelijke en bondige wijze worden beantwoord.³¹

Bekende tekortkomingen in forensische rapportages betreffen veelal: onvoldoende betrekken van collaterale informatie, alleen bouwen op uitlatingen van onderzochte, niet goed onderbouwen van het professioneel oordeel of de diagnose, niet goed gebruiken van forensische diagnostische instrumenten, onvoldoende duidelijk maken hoe en in welke mate een eventuele stoornis verband houdt met de psychische en wettelijke mogelijkheden van de onderzochte, de conclusie niet logisch doen laten voortvloeien uit de diagnose en onvoldoende weergeven wat de beperkingen zijn van de gebruikte methoden, conclusies en oordelen.³²

2.3 Tuchtcollege

Er zijn enkele uitspraken gedaan door het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg over rapportages pro Justitia, die van belang zijn voor de kwaliteit van de rapportage.³³ de eisen die het Centraal Tuchtcollege in verschillende uitspraken heeft gesteld zijn de volgende:

- het rapport dient op inzichtelijke en consistente wijze uiteen te zetten op welke gronden de conclusie van het rapport steunt;
- de in het rapport uiteengezette gronden moeten aantoonbaar voldoende steun vinden in de feiten, omstandigheden en bevindingen van het rapport;
- de gronden moeten de daaruit getrokken conclusies kunnen rechtvaardigen;
- de rapportage moet zich beperken tot het deskundigheidsgebied van de rapporteur;
- de methode van onderzoek, teneinde tot beantwoording van de voorgelegde vraagstelling te komen, moet tot het beoogde doel kunnen leiden, dan wel moet de rapporteur daarbij de grenzen van de redelijkheid en billijkheid niet hebben overschreden.

2.4 Voorwaardelijke aspecten kwaliteit rapportage

De kwaliteit van de rapportage hangt voorwaardelijk samen met een goede organisatie en goed logistiek beheer van de indicatie, bemiddeling en toetsing van de rapportage middels peer review en een goede honorering en specifieke (bij)scholing van rapporteurs.³⁴ Het hangt ook samen met de toegankelijkheid van justitiële inrichtingen, omdat rapporteurs naar betrokkenen toe moeten voor hun onderzoek (‘dokter naar de patiënt’). Adviesmogelijkheden hangen samen met voldoende zorgvoorzieningen en duidelijkheid en informatie over behandel-effecten en recidivecijfers.

3. Hoe zal de kwaliteit van het onderzoek en de rapportage eruit zien in 2018?

In het onderstaande wordt op basis van een ‘expert impression’ geschetst wat de kwaliteit is van het onderzoek pro Justitia in 2018 aan de hand van het eerder beschreven evaluatiemodel.

³¹ Giorgi-Guarnieri e.a. 2002; Silva e.a. 2003; Canton 2004; Heilbrun e.a., 2004; Duits, 2006.

³² Wettstein, 2005; Grondahl, 2005.

³³ www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl.

³⁴ Wettstein, 2005; Duits, 2006.

3.1 De onderzochte jongere of volwassene

In 2018 is het voor degene die onderzocht gaat worden duidelijk wat nut, noodzaak en nadeel is van een onderzoek pro Justitia. Die informatie is digitaal toegankelijk via het Nederlands Register van Forensische Experts, via beroepsorganisaties als NVvP en NIP en via de Nederlandse Forensische Organisatie (NFO, fusie van voormalig NFI en NIFP, zie onder). Er is een duidelijke beroepscode en wet- en regelgeving ontstaan naar aanleiding van de Wet Deskundige in het strafrecht en via een onafhankelijk College voor Forensische Experts wordt daar duidelijkheid over verschaft. de advocatuur heeft nu ook de mogelijkheid onderzoek aan te vragen. Het is duidelijk via het Register welke psychiater of psycholoog welke soort onderzoek als onafhankelijke gedragsdeskundige het beste kan verrichten. Deskundigen illustreren hun onderzoek via digitale afschriften en videoclips van de onderzochte, die ter zitting aan de orde worden gesteld, die veelal via web- en video-conferencing geschieden. Het Register heeft inmiddels ook een ‘kamer’ forensische behandelexperts, waarin de expertise van behandelaars wordt verduidelijkt en tevens welk nut, effect en noodzaak gedwongen behandeling heeft.

Er is eedn ‘Forum belanghebbenden pro Justitia’ ontstaan. Dit Forum bepleit en bewaakt de positie van de onderzochten en behandelenden in justitieel kader. In overleg met de beroepsorganisaties en de NFO worden de voorwaarden voor het deskundigenonderzoek en de forensische behandeling verbeterd en de noodzakelijke kwaliteitsontwikkelingen besproken. Verbeteringen en misstanden komen ook aan bod bij het onafhankelijke College voor Forensische Experts en de in 2013 ingestelde Inspectie voor Forensische Geneeskunde.

3.2 De professionals

In 2018 is het voor professionals duidelijk wat bepalend is voor de kwaliteit van het onderzoek en de rapportage pro Justitia omdat zij daar goed voor opgeleid worden en voor geregistreerd zijn in het Register voor Forensische Experts. de kwaliteitsontwikkelingen hebben ook hun weerslag gekregen voor de civiele en de gezondheidsrechtelijke situatie, die ook ondergebracht zijn bij het College en het Register. de beroepsverenigingen (NIP en NVvP) bepalen in overleg met het NFO de professionele eisen en beslissen mee in de besteding van middelen en voorzieningen. Professionals werkzaam bij het NFO ontwikkelen in samenhang met de daaraan verbonden kennisinstituten kwaliteitsinstrumenten en werken dat uit voor de professionele praktijk. Die praktijk blijft in beweging doordat digitale onderzoekstechnieken en gene mapping het onderzoek pro Justitia ondersteunen, waarbij de ethische voorwaarden verschuiven en bediscussieerd worden. Door de veranderende praktijk worden de structurele voorwaarden voor professionals steeds bijgesteld, de scholing en bijscholing van deskundigen is gestroomlijnd via e-learning en web conferencing met intervisie en supervisie en dit is gekoppeld aan visitatie, accreditatie, en in- en uitschrijving in het Register voor Forensische Experts. de richtlijnen rapportage pro Justitia van de NVvP en het NIP zijn na 2008 opnieuw bijgesteld, er is nu ook een multidisciplinaire richtlijn verschenen waar het ‘Forum belanghebbenden pro Justitia’ aan heeft meegewerkt. de processuele voorwaarden zijn verbeterd, formats, formulieren en voorwaarden voor onderzoek zijn via internet verkrijgbaar en vragenlijsten worden via webapplicaties ingevuld. Onderzochten kunnen onder begeleiding van testassistenten via vingerafdrukken inloggen en vragenlijsten invullen en de onderzoeken geschieden ook via video-conferencing waarbij betekenisvolle videoclips bij de rapportage kunnen worden gevoegd.

Het onderzoek pro Justitia is afgestemd op effectieve interventies met een gestructureerde inschatting en management van geweldsrecidive met terugkoppeling van de interventies. de afstemming is extra inzichtelijk via een forensisch digitaal zorgregister waarin diegenen opgenomen zijn voor wie levenslange zorg en veiligheid aangewezen is. Er vindt forensisch evaluatieonderzoek plaats naar de inmiddels gedefinieerde soqualy's (society orientated quality adjusted life year),³⁵ waarbij adviezen en interventies zowel worden beoordeeld op veiligheid voor de maatschappij als op kwaliteit van leven van de betrokkenen.

3.3 De organisatie

In 2018 functioneert de al eerder genoemde Nederlandse Forensische Organisatie (NFO), die is ontstaan uit de fusie van het voormalige Nederlandse Forensische Instituut (NFI) en het voormalige Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP). de fusie had een duidelijke meerwaarde. Allereerst waren er inhoudelijke redenen zoals de toenemende kennis over biologische en psychologische functies, DNA, gene mapping en gen-omgeving interacties. Ten tweede was de fusie aangewezen vanwege de noodzakelijke professionele onafhankelijkheid van Justitie met het onafhankelijk positioneren van professionals (statuut, beroepscode, wetenschappelijke ontwikkeling, opleiding en bijscholing), de gezamenlijke fondsenwerving en de kennissamenwerking met universitaire centra. Ten derde was een commerciële organisatievorm nodig om ook internationalisering mogelijk te maken met onderzoek voor het Internationaal Strafhof en de Verenigde Naties. Als vierde was een fusie nodig voor de ontwikkeling van het logistiek en kwalitatief beheer van dure en nieuwe forensische onderzoeksruimtes en instrumenten en professionele onderzoeksmethoden en de digitale opleidingsmethodieken en –kennisbeheer. de fusie maakte het ook mogelijk om gebruikers en betrokkenen beter te informeren en op te leiden op het gebied van de forensische diagnostiek en zorg inclusief de indicatiestellingen en vraagstellingen voor onderzoek en behandeling. Het NFO voelt zich namelijk in 2008 mede verantwoordelijk voor het hele traject vanuit de optiek dat goede aanlevering van materiaal en gegevens met terugkoppeling de kwaliteit van diagnostiek en zorg enorm ten goede komen.

3.4 De overheid

De overheid c.q. het ministerie van Justitie heeft al ruim voor 2018 ingezien dat de onafhankelijke positionering van forensische deskundigen noodzakelijk is om betere forensische diagnostiek en zorg mogelijk te maken. Het NFO is onafhankelijk gepositioneerd en de Wet Deskundige in het strafrecht is inmiddels herzien en uitgebreid en betreft nu ook de andere rechtsgebieden met duidelijke beroepscodes en wet- en regelgeving. Het Nederlands Register van Forensische Experts is niet alleen met deze nieuwe deskundigen uitgebreid maar heeft ook een 'kamer' forensische behandelexperts, waarmee de expertise van behandelaars wordt verduidelijkt. Het bijbehorende College heeft mede daardoor veel werk omhanden.

De overheid ondersteunt het 'Forum belanghebbenden pro Justitia'. Het ministerie van VWS kent in 2018 een Inspectie Forensische Geneeskunde, noodzakelijk vanwege alle technische, wetenschappelijke en (daardoor) ethische ontwikkelingen. Justitie heeft in samenwerking met de ministeries van VWS en Jeugd en Gezin een forensisch digitaal

³⁵ Deze terminologie inzake soqualy's bestaat nog niet in 2008.

zorgregister mogelijk gemaakt waarin diegenen opgenomen zijn voor wie levenslange zorg en veiligheid aangewezen is.

De overheid bevordert onderzoek naar en de accreditatie van effectieve behandelinterventies en die worden via voldoende zorgvoorzieningen ingekocht en toegepast. Continuïteit van zorg is een belangrijk onderscheidend kenmerk. Het ministerie van Justitie en VWS sturen alle instellingen en de betreffende diagnostiek en interventies financieel op de al eerder genoemde soqualy's. Er is door deze sturing op soqualy's en het forensisch zorgregister duidelijkheid en informatie over behandel-effecten, recidivecijfers, advies- en vonnismodaliteiten en deze gegevens zijn digitaal toegankelijk en uitwisselbaar.

Er is een goede honorering van de geaccrediteerde deskundigen en de forensische opleidingen worden via het College en Register erkend en gefinancierd.

De fondsen voor al het forensisch wetenschappelijk onderzoek worden uitbesteed via, de Europese Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (EWO), waar de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) in is opgegaan. Het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatie Centrum (WODC) is een kennisverband aangegaan met het NFO, het Trimbos Instituut en enkele universitaire centra. In 2018 worden betere prognoses gemaakt over zorg en veiligheid met longitudinale, follow-up gegevens over functioneren, behandeling en geweldsrecidive van delinquente jongeren en volwassenen en specifieke doelgroepen (specifieke delicten, etniciteit, diagnose, sekse). Dat komt doordat er veel kennis is ontstaan over de biopsychosociale ontwikkeling en de interactie tussen genexpressie, gedrag en omgeving via gene mapping, hersenonderzoek en geïmplanterde 'biochips', die stresshormonen, hartfrequentie en huidgeleiding meten.

5. Conclusie

In het bovenstaande is aan de hand van een evaluatiemodel van het onderzoek pro Justitia en op basis van de huidige stand van zaken en beleidsontwikkelingen een toekomstschets gemaakt voor 2018. Dat is gedaan op basis van een 'expert impression' ofwel met de nodige fantasie. Het is de vraag of de geschetste zaken in 2018 zijn verwezenlijkt. Deze impressie aan de hand van het evaluatiemodel maakt echter wel inzichtelijk wat kan verbeteren en wie daarbij welke verantwoordelijkheden heeft. Overigens gaan de kwalitatieve ontwikkelingen de afgelopen jaren relatief snel waarbij ook versnellingen zijn ontstaan door externe omstandigheden. de andere financiering en (daardoor) andere organisatie, sturing en commercialisering van de gezondheidszorg legt meer nadruk op de verantwoordingsplicht over de kwaliteit en effectiviteit van zorg. de Schiedammer Parkmoord gaf een versnelling via wet- en regelgeving aan andere werkwijzen en verantwoording bij het OM, het NFI en forensisch deskundigen met onder andere de Wet Deskundige in het strafrecht en de Registervorming als gevolg. Het parlementaire onderzoek naar de TBS gaf een versnelling aan het anders organiseren, inkopen en indiceren van forensische zorg met andere ideeën en meer verantwoording over effectieve zorg en veiligheid en risicomanagement.

Het is goed denkbaar dat nieuwe externe (politieke, financiële, maatschappelijke) omstandigheden zich zullen voordoen die nieuwe organisatorische, beleidsmatige en professionele gevolgen zullen hebben. Mogelijk dat daarom al eerder dan in 2018 gerefereerd zal kunnen worden aan de hier geschetste toekomstvisie.

Personalia

Dr. Nils Duits, kinder- en jeugdpsychiater is lid van de Directieraad NIFP en landelijk portefeuillehouder jeugd. Hij is lid van verschillende commissies van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (bestuurscommissie BOPZ/TBS/PIJ, richtlijncommissie rapportage pro Justitia, afdelingsbestuur kinder- en jeugdpsychiatrie).

Aangehaalde literatuur

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1997

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, *Practice Parameters for the Psychiatric Assessment of Children and Adolescents*. Washington: AACAP 1997 (www.aacap.org)

Bartels 2004

J.A.C. Bartels, Jeugdstrafrecht. In: N. Duits, J.A.C. Bartels & W.B. Gunning (Red). *Jeugdpsychiatrie en recht*. Assen: van Gorcum 2004, p. 3-21.

Bulten 1998

B.H. Bulten, *Gevangen tussen straf en zorg*. Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam. Den Haag: ministerie van Justitie 1998.

Canton 2004

W.J. Canton, *Gerapporteerd... en dan?* Proefschrift Universiteit van Amsterdam. Breda: Twintype 2004.

Consortium Jeugd 2007

Consortium Jeugd, *Consortium langs drie lijnen*. Intern document. Utrecht: NIFP 2007

Doreleijers 1995

Th.A.H. Doreleijers, *Diagnostiek tussen jeugdstrafrecht en hulpverlening*. Proefschrift Universiteit Utrecht. Arnhem: Gouda Quint 1995

Duits & van Kordelaar 2007

N. Duits & W.F. van Kordelaar, Deskundige let op uw deskundigheid. de psycholoog, de psychiater en het strafproces. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 2007; 7/8: 596-612.

Duits 2000

N. Duits, Wikken en beschikken, dilemma's en organisatie van de pro justitia rapportage en de PIJ. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 2000; 12: 1085-1098.

Duits 2004

N. Duits, Rapportage pro justitia van jeugdigen In: In: N. Duits, J.A.C. Bartels & W.B. Gunning (Red)., *Jeugdpsychiatrie en recht*. Assen: Van Gorcum 2004, p. 69-87

Duits 2006

N. Duits, *Kwaliteit onderzoek pro Justitia van jongeren*. Proefschrift Universiteit van Amsterdam. Assen: van Gorcum 2006.

Garvin 1989

D. Garvin, *Managing Quality, the strategic and competitive edge*. New York: The Free Press 1989.

Giorgi-Guarnieri en anderen 2002

D.Giorgi-Guarnieri, J. Janofsky, E. Keram, S. Lawsky, P. Merideth, D. Mossman, D. Schwart-Watts, C. Scott, J. Thompson Jr., H. Zonana, AAPL practice guideline for forensic psychiatric evaluation of defendants raising the insanity defense. *American Academy of Psychiatry and the Law. J Am Acad Psychiatry Law* 200; 230 (2 Suppl.): S3-40.

Grisso, Cocozza, Steadman, Fisher & Greer 1994

Grisso, T., Cocozza, J.J., Steadman, H.J., Fisher, W.H. & Greer, A., The organization of pretrial forensic evaluation services: a national profile. *Law and Human Behavior* 1994; 18: 377-393.

Grøndahl 2005

P. Grøndahl, Scandinavian forensic psychiatric practices – an overview and evaluation. *Nord J Psychiatry* 2005; 59: 92-102

Heilbrun, DeMatteo & Marczyk 2004

Heilbrun, K., DeMatteo, D., Marczyk, G.R., Pragmatic psychology, forensic mental health assessment and the case of Thomas Johnson, applying principles to promote quality. *Psychology, Public Policy, and Law* 2004; 10: 31-70.

Hoeksma, Homans en Menting 2007

Hoeksma, Homans en Menting, organisatieadviseurs, *Advies honorering en expertise rapporteur pro Justitia*. Adviesrapport. Enschede 2007.

Kordelaar, van & Duits 2007

W.F. van Kordelaar & N. Duits, Kwaliteitsborging door wetgeving en registervorming. de gedragsdeskundige en het strafproces. *Sancties* 2007; 3: p. 146-160.

Ministerie van Justitie 2002

Ministerie van Justitie, *Landelijk kader forensische diagnostiek in de jeugdzorg*. Den Haag: Ministerie van Justitie 2002.

Mumley, Tilbrook & Grisso 2003

D.L. Mumley, C.E. Tilbrook & T. Grisso, Five year research update (1996-2000): evaluations for competence to stand trial (adjudicative competence). *Behav. Sci. Law* 2003; 21: 329-350.

Nicholson & Norwood 2000

R.A. Nicholson & S. Norwood, The quality of forensic psychological assessments, reports and testimony: acknowledging the gap between promise and practice. *Law and human behavior* 2000; 24: 9-44.

Plochg, Lombarts, Witman, Klazinga & Kruijthof 2003

T. Plochg, K. Lombarts, Y. Witman, N. S. Klazinga & K. Kruijthof, Doctors and managers. *BMJ* 2003; 326: 656.

Silva, Weinstock & Leong 2003

J.A. Silva, R. Weinstock, G.B. Leong, (). Forensic psychiatric report writing. In: R. Rosner (ed.), *Principles and practice of forensic psychiatry*. London/New York: Oxford University Press 2003, p 31-36.

Smith 2003

R. Smith, What doctors and managers can learn from each other. *BMJ* 2003; 326: 610-611.

Tweede Kamer 2005

Tweede Kamer, 'Brief minister van Justitie over landelijk kader forensische diagnostiek in de jeugdzorg'. Tweede Kamerstuk 2004-2005, 29815, nr. 10, 18-2-2005.

Tweede Kamer 2006

Tweede Kamer, 'Brief minister van Justitie over uitvoering PIJ-maatregel'. Tweede Kamerstuk 2004-2005, 24587 en 28741, nr. 183, 10-7-2006.

Tweede Kamer 2007

Tweede Kamer, *Wijziging van Wetboek van strafvordering ter verbetering van de regeling van de positie van de deskundige in het strafproces (Wet deskundige in strafzaken); Voorstel van wet en memorie van toelichting*. Tweede Kamerstuk 2006-2007, 31116, nr. 2 en 3, 6-8-2007.

Verhulst 2000

F.C. Verhulst, Principes. In: F.C. Verhulst & F. Verheij (Red.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie: Onderzoek en diagnostiek*. Assen: Van Gorcum 2000, p. 22-82.

Vincent & Grisso 2005

G. Vincent & T. Grisso, A developmental perspective on adolescent personality, psychopathology and delinquency. In: T. Grisso, G. Vincent & D. Seagrave (eds), *Mental health screening and assessment in juvenile justice*. New York/London: The Guilford press 2005, p. 22-43.

Vreugdenhil 2003

J. Vreugdenhil, *Psychiatric disorders among incarcerated male adolescents in the Netherlands*. Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam. Amsterdam: VuMc 2003.

Wettstein 2004

R.M. Wettstein, The forensic examination and report. In: Simon R.I. & Gold L.H. (eds), *Textbook of forensic psychiatry*. Washington/London: American Psychiatric Publishing 2004, p. 139-164.

Wettstein 2005

R.M. Wettstein, Quality and Quality Improvement in Forensic Mental Health Evaluations. *J Am Acad Psychiatry Law* 2005; 33:158-75.

De mens als performance

J.A.M. Dirkse en M. Traas

Algemeen

1. Inleiding: Performance als menselijk gedrag

Het begrip Performance in deze betekenis werd geïntroduceerd door M. Traas in zijn proefschrift 'Jeugdcriminaliteit in Agogisch perspectief,' waarop hij in 2006 aan de Universiteit van Tilburg promoveerde.¹ In dit proefschrift werd het begrip specifiek toegepast op delinquente jongeren, maar er werd opgemerkt dat het ook een bredere reikwijdte zou kunnen hebben.

In dit essay willen we Performance laten zien als een bepaalde tendens in het menselijk denken en handelen. Wij zijn van mening dat deze tendens zich in deze tijd, ongeveer sinds enige decennia, aftekent. Als zodanig past dit in het thema van deze bundel: 'van verleden via heden naar de toekomst'. Juist omdat we nog midden in de ontwikkeling zitten, die bovendien voortdurend verandert, is het niet eenvoudig om een heldere, laat staan een exacte beschrijving van het begrip te geven. Niettemin willen wij in het navolgende proberen een aantal verschijnselen op een rij te zetten die ons inziens Performance als menselijk gedrag in de hand werken.

Met nadruk wijzen wij erop dat dit essay niet meer bedoelt te zijn dan een observatie en geen wetenschappelijke studie. Er zijn geen referenties aan literatuur en onderzoek. Ook is het niet onze bedoeling om een cultuurkritiek te formuleren.

In onze samenleving wordt het, niet alleen voor politici of openbare personen en instellingen, maar ook voor gewone mensen, steeds belangrijker om 'je te laten zien', je te 'presenteren'. Dat geldt bij sollicitaties, bij vergaderingen en bijeenkomsten, bij feestjes, maar ook in gewonen dagelijkse contacten. Onder meer komt dat omdat men niet meer automatisch een bepaalde identiteit heeft, gebaseerd op afkomst, maatschappelijke positie, religieuze of culturele groepering. Er wordt vaak gezegd dat een van de belangrijkste behoeften van mensen is 'om ergens bij te horen'. Maar je behoort niet meer zonder meer 'ergens bij'. Je plaats in de samenleving in alle opzichten moet je veroveren. En als dat eenmaal gebeurd is, is dat geen garantie dat je die plaats houdt. De wereld om ons heen is voortdurend in verandering en bovendien gefragmenteerd in tal van uiteenlopende situaties, waaraan mensen zich steeds meer moeten aanpassen, of liever: waarin ze zich steeds opnieuw moeten presenteren.

In het navolgende willen wij het performancebegrip en de achtergronden daarvan nader uitwerken. Daartoe bespreken wij een aantal aspecten, zoals de uitvergroting van het lichaam, de vervaging van ruimte en tijd, de invloed van de media, de invloed van de informatietechnologie, de virtuele werkelijkheid en de medicalisering van het leven.

Maar eerst proberen wij toch het performancebegrip iets meer inhoud te geven en het te onderscheiden van, dan wel de relatie aan te geven met verwante begrippen als 'rolgedrag' en 'identiteit'.

¹ M. Traas, 2006.

Wat wij willen doen is nagaan hoe mensen in de ontwikkelingen en condities van deze tijd kans zien te *overleven*. Hoe slagen mensen er in om, ondanks de problemen en bedreigingen van onze tijd – die wij niet willen bagatelliseren – toch hun leven vorm te geven, een voor hen aanvaardbaar bestaan op te bouwen?

2. Wat verstaan wij onder ‘Performance’?

Zoals gezegd bedoelen we met ‘Performance’ een tendens of ontwikkeling in het menselijk gedrag in deze tijd. Het is een wijze van psychisch en sociaal overleven in een samenleving die wordt gekenmerkt door voortdurende verandering, men kan ook zeggen door discontinuïteit.

Wij onderkennen in de Performance drie aspecten, die uiteraard met elkaar samenhangen: presentatie, overleven en vormgeving (‘lifestyle’) de volgorde is niet toevallig. Vijftig jaar geleden zou die anders uitvallen en zou vormgeving vóór presentatie komen. Dat dit nu anders is zegt iets over onze samenleving. Presentatie staat in de Performance voorop. Dat heeft te maken met wat wij in een van de volgende hoofdstukken ‘de uitvergroting van het lichaam’ noemen. Voor alle drie de aspecten geldt bovendien dat het ‘*het hier en nu*’ centraal staat. de Performance als menselijk gedrag wordt hierdoor bepaald.

Het eerste aspect is dus *presentatie*. de mens in deze tijd wil, maar moet ook *gezien worden, gehoord worden*, liefst ook opvallen, in ieder geval *aanwezig zijn*. Dat is geen overdreven geldingsdrang of zomaar behoefte om op te vallen. Het is een manier om zich een plaats te verwerven in ieders concrete samenleving en daarmee in de samenleving als geheel. Voor de een is dat anders dan voor de ander.

De presentatie is bovendien niet eenzijdig. de omgeving reageert op de presentatie van een persoon en geeft als het ware ‘feedback’. Dat veroorzaakt, veelal onbewust, een verandering in de Performance. Er is dus sprake van een voortdurende wisselwerking tussen de persoon en de omgeving, die het gedrag en dus de Performance bepaalt. Iemand die zich wil handhaven in de samenleving moet dus over een ‘antenne’ beschikken om de signalen op te vangen en zijn of haar gedrag, daaraan aan te passen.

Wat wij nu waarnemen is dat in onze tijd vrijwel alle mensen gedwongen worden zich veel bewuster dan vroeger met deze presentatie als aspect van de Performance bezig te houden. Daarbij kunnen zij niet meer terug vallen op traditionele middelen, als prestige op grond van positie, of gedrag waarmee iedereen in de omgeving vertrouwd is. In volgende hoofdstukken gaan wij nader in op de ‘instrumenten’ voor de presentatie die onze tijd voorhanden zijn, zoals het lichaam, interessante ervaringen, digitale communicatie via computer of gms, bijzondere prestaties en attributen waarmee men zich kan onderscheiden.

Het tweede aspect van de Performance noemen wij het ‘overleven’. Men zou ook kunnen zeggen ‘zich handhaven’. Dit aspect is zowel een gevolg van als een voorwaarde voor de presentatie. In de meest simpele zin gaat het om ‘de tijd doorkomen’, de verveling verdrijven, maar ook zich binnen de kring van directe medemensen, bijvoorbeeld familie, vrienden en collega’s, een plaats verwerven en door hen gewaardeerd en gesteund worden. Vaak wordt gezegd dat verveling een kenmerk van onze tijd is, althans in de rijke, ontwikkelde landen. Een groot deel van de maatschappelijke activiteiten, niet alleen entertainment, maar ook serieuze zaken als vermogensvorming, studie(reizen), cultuur zijn erop gericht de verveling te verdrijven. Zodanig dat de meeste mensen aan verveling helemaal niet toekomen. Zich handhaven kan echter ook betekenen ‘genieten’. Genieten van wat het leven te bieden heeft, zowel aan materiële zaken als aan intermenselijke contacten en culturele activiteiten.

Het belangrijkste is echter dat dit overleven mensen in staat stelt om in de turbulentie van de discontinue wereld zichzelf en zijn bestaan als een continuïteit, als een eenheid te ervaren. In die zin is Performance eigenlijk een wijze om een identiteit te verwerven. Daar komen we nog op terug.

Het derde aspect noemen we 'vormgeving'. In dit verband wordt ook wel gesproken van 'lifestyle'. Dat is de buitenkant, maar het heeft ook te maken met 'zingeving'. We bedoelen in dit verband met 'vormgeving' dat de mens in relatie met presentatie en overleving voor zichzelf het gevoel schept een zinvol en bevredigend leven te leiden. Dit aspect ligt wellicht het dichtste bij het klassieke identiteitsbegrip. Maar het is veel beweeglijker, dynamischer. Het beweegt mee met de reacties van de omgeving, met de steeds wisselende behoeften en trends. Men zou kunnen zeggen dat het een poging is om continuïteit te ervaren in de discontinuïteit. Het heeft ook te maken met zelfrespect en levensvreugde.

Achtergronden

3. Van continuïteit naar verandering en van verandering naar discontinuïteit

We schreven al eerder dat Performance niet zo maar een gril of modeverschijnsel is, maar in feite een overlevingswijze van mensen in deze ongelooflijk snel veranderende wereld. Om duidelijk te maken waarom een dergelijke overlevingswijze voor veel mensen een noodzakelijkheid is, die zij overigens verschillend invullen, volgt hier een beknopt sociologisch achtergrondverhaal.

In het ervaren van ons bestaan hebben we perspectief en overzicht nodig, in de tijd en in de ruimte. We kunnen niet goed zonder een beeld van verleden, heden en toekomst en evenmin zonder een letterlijke en figuurlijke plaatsbepaling. Wat is hier en wat is daar? Wat is boven en wat is onder? Wat is mijn plaats in de tijd en de ruimte? Ten opzichte van mijn (directe) medemensen, ten opzichte van de grotere verbanden om mij heen, de economie, de samenleving. Dat geldt niet alleen voor de materiële zaken, ruimte, huisvesting, arbeid, inkomen, maar ook voor morele en intellectuele oriëntaties. Wat is goed, wat is slecht? Wat is dom en wat is verstandig?

Er is een tijd geweest dat de meeste hiervoor genoemde zaken relatief duidelijk waren. Er waren rangen en standen, er waren heren en knechten, regeerders en onderdanen, wijzen en mensen die naar hen moesten luisteren. Het geheel werd gelegitimeerd door de cultuur en de religie. Letterlijk en figuurlijk stond de kerk in het midden van de (dorps)gemeenschap.

Met de komst van de industriële samenleving kwam de duidelijkheid en overzichtelijkheid al behoorlijk onder druk te staan. Het dagelijks leven van de mensen en alles wat daarmee samenhangt werd meer en meer aangepast aan de grootschalige productieprocessen. Mensen wonen in steeds uitdijende steden en de voorzieningen worden daarop afgesteld. de mobiliteit wordt groter. En dat betekende dat verandering een vast gegeven werd in het menselijk bestaan. Dat gold zowel in de ruimte als in de tijd, zowel horizontaal als verticaal. Families verspreidden zich over uiteenlopende gebieden. Ouders en kinderen ontgroeiden elkaar omdat ze in geheel andere leefomstandigheden terecht kwamen.

Maar sinds enkele decennia is er een nieuwe ontwikkeling gaande. Deze heeft de industriële samenleving niet teniet gedaan, maar wel ingrijpend veranderd. Deze nieuwe ontwikkeling wordt wel gekenschetst als de 'computersamenleving' of de 'netwerkmataatschappij' of de 'informatiemataatschappij'. Ook hierover is al zeer veel geschreven. Het is

niet onze bedoeling om deze hele nieuwe ‘netwerksamenleving’ te beschrijven. Wij beperken ons tot één aspect: de *discontinuïteit*.

Discontinuïteit is iets anders dan verandering. Verandering heeft een beginpunt en een eindpunt. de verandering gaat van A naar B. Eventueel daarna weer verder van B naar C. Mensen moeten zich aanpassen aan en opnieuw oriënteren in de nieuwe situatie. Maar ze krijgen daar de tijd voor en het is relatief duidelijk wat er van hen wordt verlangd. Het is ook relatief duidelijk wat de verandering inhoudt en welke zaken gelijk blijven.

Discontinuïteit daarentegen gaat niet van A naar B, maar van A naar B en tegelijk naar C en D en dan weer terug naar A. Bovendien zijn er vele veranderingen tegelijkertijd aan de orde. Er is geen, in ieder geval geen duidelijke begin- en eindsituatie, maar er is een voortdurende beweging.

In onze samenleving is sprake van discontinuïteit omdat er in een geweldig tempo heel veel veranderingen tegelijk plaats vinden waarvan er vaak vrij snel weer een aantal teniet worden gedaan. Dat gebeurt in de praktijk, bijvoorbeeld in het onderwijs, in het bedrijfsleven of in de politiek als de ene reorganisatie over de andere heen buitelt. En nog voordat de ene reorganisatie is uitgevoerd wordt die al weer ingehaald door een andere, dan wel teniet gedaan omdat de inzichten alweer zijn veranderd. Maar het effect wordt vele malen versterkt door de media in allerlei vormen.

Maar niet alleen ten aanzien van materiële ontwikkelingen geldt de discontinuïteit. Ook ten aanzien van moraal en religie stapelt zich de ene verandering op de andere en wordt weer teniet gedaan. Het ene moment wordt er een beroep gedaan op onze solidariteit voor de medemens. Het volgende ogenblik worden we opgewekt om toch vooral voor onszelf op te komen. Er wordt gepleit voor herwaardering van het traditionele gezin, maar tegelijkertijd worden mannen en vrouwen de arbeidsmarkt opgejaagd en worden maatregelen bepleit als permanente beschikbaarheid van werknemers, die ieder gezinsritme onmogelijk maken. de ene rage op het gebied van spiritualiteit en religie is nog niet uitgewoed of er ontstaan alweer nieuwe bewegingen.

4. Woordcultuur, beeldcultuur en ‘digi-taal’

De hedendaagse discontinuïteit drukt zich ook uit in de taal. Er is de ontwikkeling van straattaal van jongeren, waarin Engelse, Surinaamse, Marokkaanse en Nederlandse woorden creatief dooreen worden gemengd. Buitenstaanders weten niet waar ze het over hebben, maar de jongeren van uiteenlopende groeperingen verstaan elkaar perfect. Dat is een onderwerp op zich en we gaan daar dan ook niet verder op in.

Maar ook de taal en de communicatie van volwassenen verandert sneller dan ooit het geval is geweest. Woorden als ‘chillen’, ‘lounen’, ‘funshoppen’, ‘fucking’- goed of slecht, ‘vet’, ‘cool’, ‘relaxed’, ‘irri’, lifestyle, design, logo, duiken op en worden door velen overgenomen, terwijl anderen niet weten wat ermee bedoeld wordt. Tegen de tijd dat zij daar achter zijn, is de populariteit van de woorden alweer achterhaald en zijn ze door andere vervangen. Hetzelfde geldt voor uitdrukkingen, zoals ‘we gáán ervoor’, ‘dat is niet verkeerdt’, ‘dat schiet niet op’, ‘hartstikke relaxed’, ‘booming’. Bestaande begrippen worden van een nieuw ‘etiket’ voorzien. ‘Bejaarden’ werd ‘senioren’; ‘bejaardentehuis’ werd ‘zorgcentrum’; drogisterij werd ‘beautyshop’, enzovoort. Enerzijds blijkt er een vermenigting te zijn van uiteenlopende talen, waarbij het Engels steeds meer centraal staat. Anderzijds hebben mensen blijkbaar steeds meer behoefte om iets onder woorden te brengen wat ze ervaren, maar waarvoor in de bestaande taal geen woorden of uitdrukkingen voorhanden zijn.

De generatie die met televisie is opgegroeid heeft een andere verhouding tot de taal en in het algemeen tot de communicatie, dan de generatie daarvoor. Het blijkt dat deze jonge generatie slechter dan de vorige in staat is exact bepaalde gebeurtenissen of opvattingen te benoemen en te beschrijven, maar ook minder in staat is een gesproken betoog, bijvoorbeeld een college, goed te volgen en zich daarop te concentreren. Anderzijds is deze generatie beter dan de vorige in staat om verschillende indrukken tegelijkertijd te verwerken, uiteenlopende soorten informatie tegelijk in zich op te nemen.

In de laatste tien à vijftien jaar is er echter een heel nieuwe ontwikkeling in de communicatie ontstaan, overigens *naast* de vorige, namelijk die via de computer in allerlei vormen. Daarbij neemt de woordcultuur weer een meer centrale plaats in, maar op een heel andere manier dan vroeger. Het begon met e-mail, die al spoedig de briefpost, maar ook het telefoneren verdrong. Met e-mail kon men onmiddellijk de boodschap overbrengen en de geadresseerde kon ook onmiddellijk weer reageren. Dat maakte een soort telegramstijl gebruikelijk. de communicatie via e-mail hield op die manier het midden tussen het directe contact van het telefoongesprek en het gedistantieerde contact van de brief. Overigens werd door de komst van de mobiele telefoon het telefoongesprek veranderd, niet alleen uitgebreid maar ook gewijzigd van functie. Een nieuwe noot aan de stam is de sms. Die koppelt de functie van de e-mail aan die van het telefoongesprek doordat de communicatie nog directer is. Sinds enige tijd is het door de ontwikkeling van de mobiele telefoon mogelijk om ook foto's te maken en die onmiddellijk als sms te verzenden.

5. 'De mediocratie'

Het zou in het kader van ons betoog te ver voeren om de hele mediawereld en de invloed daarvan zelfs maar min of meer te bespreken. Ook daar zijn vele boeken over geschreven. Niettemin willen we enkele aspecten, die voor ons onderwerp, 'de Performance' van belang zijn aantippen.

Om te beginnen willen we het hebben over het 'hype' karakter van tal van belangrijke media-invloeden. We denken daarbij de geweldige hype rond het overlijden van prinses Diana in Engeland en de moorden op Pim Fortuyn en Theo van Gogh in ons land. Door de enorme en versterkte media-aandacht in uiteenlopende vormen groeiden deze, op zichzelf ernstige en tragische, gebeurtenissen uit tot situaties waarbij grote groepen mensen zich persoonlijk en buiten proporties betrokken voelden. Maar deze betrokkenheid duurde niet lang. Heel snel ging iedereen, op een kleine groep na, weer over tot de orde van de dag. Die kleine groep slaagde er soms wel in door middel van een herdenking de gebeurtenis in het bewustzijn van de menigte terug te roepen en zij kregen daar dan meestal weer media-aandacht voor. Maar dat vervaagde steeds sneller.

Een ander voorbeeld van een mediahype is de documentaire 'An Inconvenient Truth' van Al Gore over de opwarming van de aarde. Plotseling stond de klimaatproblematiek in het centrum van de belangstelling. Regeringsleiders bewezen uitgebreid lippendienst aan 'het milieu'. Zelfs George W. Bush kon er niet omheen iets erover te zeggen en vage beloften te doen. Maar wat de werkelijke invloed van deze actie, zeker op de lange duur is, hoeveel mensen hun auto zullen laten staan en minder elektriciteit zullen gebruiken, of regeringen maatregelen zullen ondersteunen die teveel geld kosten valt nog te bezien. de indruk wordt gewekt dat onze spaarlampen de ondergang van de wereld kunnen voorkomen. En daarmee wordt die eventuele ondergang van de wereld over honderd jaar of nog langer in het 'hier en nu' geplaatst.

In de inleiding schreven we al over de rol die 'media-aandacht' speelt bij verkiezingen van politici. Zonder 'media-uitstraling' komt een politicus of bestuurder niet aan de bak,

of hij of zij ‘daalt in de peilingen’, wat bijna nog erger is. de media-aandacht lijkt voor literaire producten en andere kunstuitingen voor de verkoopcijfers soms wel belangrijker dan de kwaliteit. Een rol speelt daarbij het verschijnsel van de prijzen. Een van de redenen van die prijsuitreiking is het genereren van media-aandacht, zowel voor degene die de prijs ontvangt als voor degene die hem uitreikt.

Daarbij speelt zowel bij politici als bij kunstenaars ook het sensatiegehalte, of vriendelijker gezegd, de ‘nieuws waarde’ van de berichtgeving een grote rol. Als een omstreden of provocerende politicus of kunstenaar iets zegt of schrijft krijgt dit meestal veel meer aandacht dan een uitspraak die inhoudelijk belangrijker, maar minder spectaculair is.

Een belangrijke functie of invloed van de media is dat gebeurtenissen en aandachtspunten worden geselecteerd en vervolgens uitvergroot. Daarbij zijn er verschillende criteria die worden gehanteerd, maar zelden expliciet genoemd. Voorbeelden zijn zaken die te maken hebben met angst en gebeurtenissen rond bepaalde personen. de aandacht voor klimaatbeheersing speelt in op de angst voor natuurrampen. de hype rond het roken had te maken met de angst voor verlies van gezondheid, eigenlijk angst voor de dood. En het ziet er naar uit dat de volgende onderwerpen in dit rijtje de alcohol en het vette eten zullen zijn. We willen de gesignaleerde gevaren niet bagatelliseren, maar onze indruk is wel dat ze worden geselecteerd en uitvergroot.

Maar ook allerlei calamiteiten en gebeurtenissen worden via de media in de persoonlijke sfeer gebracht. Bij een tragisch ongeluk, (seksueel) schandaal of moord worden niet alleen nabestaanden, maar ook omstanders en burens door de media benaderd en als de emoties daarbij hoog oplopen en mensen in snikken uitbreken is dat een extra aanbeveling. Alles wordt de kijker of lezer zo dicht mogelijk onder ogen gebracht. ‘Ook jou kan het overkomen’. Sterker nog: ‘ook jou staat het wachten, tenzij de overheid of jijzelf maatregelen neemt.’

6. Identiteit: van verhaal naar Performance

Traditioneel wordt de identiteit bepaald door iemands cultuur, afkomst en levensverhaal. Maar het belangrijkste aspect van de identiteit is of was het levensverhaal. Door gebeurtenissen, ervaringen, prestaties of gebrek daaraan is iemand geworden tot wat hij of zij nu is. Dat verhaal is overigens niet een kale opsomming van feiten, maar ook van de interpretatie en de waardering daarvan. Iemand is na een kort werkzaam leven al geruime tijd werkloos. Die werkloosheid maakt deel uit van zijn of haar levensverhaal. Meestal zal de persoon niet zondermeer die werkloosheid vermelden, maar ook de reden daarvan inclusief de pogingen om weer aan het werk te komen of de reden waarom dit niet is gebeurd, alsmede hoe erg het is of juist niet. Hetzelfde geldt voor iemand die gescheiden is. Ook dit feit wordt ‘ingepakt’ in verklaringen en gevolgen.

Het levensverhaal staat echter niet op zichzelf. Het is verbonden met iemands afkomst en de cultuur waarin hij of zij is opgegroeid. de cultuur levert als het ware de achtergrond en context van de identiteit. Belangrijke gebeurtenissen en de overgangen tussen perioden worden veelal door de cultuur vorm gegeven. Bijvoorbeeld de geboorte, doop, overgang naar volwassenheid (barmitswah bij joden bijvoorbeeld), huwelijk, begrafenissen. de cultuur biedt ook een waardering en interpretatie van feiten uit de levensgeschiedenis.

Wat we nu in de laatste decennia, in sommige opzichten al eerder, hebben gezien is dat de continuïteit van de cultuur, zo niet verdwenen is, dan toch sterk onder druk is komen te staan.

Daardoor verandert de samenhang van de verschillende aspecten van de identiteit. Ze verdwijnt niet, maar wordt losser en veranderlijker. Het is niet meer vanzelfsprekend dat

iemand naar ouders, grootouders of naaste familie wordt genoemd. En als dat gebeurt, zegt het de actuele omgeving niet veel meer omdat men de vernoemde personen niet kent. Bovendien is de achternaam, althans in de dagelijkse omgang in betekenis afgenomen. In veel werk- en privésituaties waar vroeger de achternaam werd gebruikt volstaat men nu met de voornaam.

Ook de persoonlijke geschiedenis is veel minder verbonden met de cultuur. En die cultuur biedt ook steeds minder vormen voor gebeurtenissen in dat verhaal. Het huwelijk is voor velen eerder een reden om een feest te geven dan een echtverbintenis. Veel mensen zijn op zoek naar een nieuwe vorm voor de begrafenis, omdat het traditionele kerkelijke ritueel voor hen geen inhoud meer heeft.

Maar ook de levensgeschiedenis zelf is steeds minder een continuïteit. Weinig mensen blijven hun hele werkzame leven in dezelfde functie bij hetzelfde bedrijf. Velen veranderen zelfs in de loop der tijd al of niet gedwongen van beroep. Als ze bij hetzelfde bedrijf of organisatie blijven, verandert de aard van hun werk meestal ook meerdere malen. Huwelijken worden niet meer gesloten 'tot de dood ons scheidt'. Maar ook als geen sprake is van echtscheiding verandert in de loop der tijd vaak de aard der relatie. Zowel voor jongeren als voor ouderen van wie het huwelijk om welke reden dan ook is beëindigd, is het huwelijk niet meer de enige vorm voor een (vaste) relatie.

De meeste mensen verhuizen in hun leven verschillende malen, vaak naar een heel andere streek. Kinderen die volwassen worden wonen vaak ver van hun ouders, niet zelden in een ander land. Hun beroep en andere levensomstandigheden verschillen ingrijpend van die van ouders of andere gezinsleden. Kortom het levensverhaal van een mens vormt steeds minder een overzichtelijk geheel.

Onze identiteit wordt steeds meer bepaald door de dingen waarin we ons in het hier en nu onderscheiden van anderen, mits die dingen interessant zijn, als het ware 'nieuws waarde' hebben. – 'Waar ben je deze zomer met vakantie geweest?' wordt gevraagd. – 'Naar Ter-schelling'. – 'Niet naar China?' We moeten de Boeda-tempels in Thailand hebben gezien, de Maya-opgravingen in Mexico of we moeten de marathon of de vierdaagse hebben gelopen. En als we ouder zijn en we kunnen nog goed tennissen en reizen nog de wereld rond biedt dat meer aanknopingspunten voor onze identiteit dan dat we vader, moeder, zoon of dochter zijn van die en die of tot een gerenommeerde familie behoren. Tenzij die familie ook weer opmerkelijke dingen heeft gedaan.

Zo bezien beschikken mensen in deze tijd over bepaalde 'instrumenten' voor hun identiteit, die niet meer aan het verleden of de toekomst zijn ontleend, maar aan het heden. Die instrumenten kunnen heel verschillend zijn voor uiteenlopende categorieën mensen en veranderen ook regelmatig. Voor de een is het een dure of bijzondere auto, voor de ander het bezit van de laatste technische snufjes op computergebied of media-apparatuur of een bijzonder mooi huis. Voor weer iemand anders is het een bijzondere sportprestatie of een interessante reis. Vaak is ook een aantrekkelijk uiterlijk een van de instrumenten.

Een kenmerk van deze 'instrumenten voor de identiteit' is ook dat ze niet vast liggen en voortdurend veranderen of moeten worden bijgesteld. Dat iemand een keer de vierdaagse of de marathon heeft gelopen, kan een bepaalde tijd relevant zijn. Maar na enkele jaren moet iemand deze prestatie minstens hebben herhaald of iets anders, liefst nog spectaculairder hebben verricht. Iemand die een keer Venetië of een andere interessante stad heeft bezocht kan daar niet op blijven teren. Daarbij is er ook sprake van een wisselwerking met de omgeving. In sommige kringen maakt het ene instrument indruk, in andere kringen weer het andere. En aangezien de meeste mensen in verschillende kringen verkeren, moeten ze ook over verschillende instrumenten beschikken. Daarbij is er niet alleen spra-

ke van materiële instrumenten als een auto, huis of bijzondere vakantie, maar ook niet-materiële als een studie, een promotie of boeken die iemand gelezen of geschreven heeft. Maar niet alleen wordt de band tussen de persoon en de cultuur losser door de Performance. Ook van de cultuur zelf wordt een Performance gemaakt, waarschijnlijk juist omdat mensen zich er minder mee verbonden voelen. Toen de ‘canon’ van de Nederlandse geschiedenis werd gelanceerd, bleek dat, vooral veel jonge mensen weinig van die geschiedenis wisten. Er was niet alleen gebrek aan kennis, maar – misschien was dat wel de oorzaak – ook geen vanzelfsprekende verbondenheid. Dat wordt dan gecompenseerd door manifestaties en herdenkingen. We kennen het Rembrandt jaar, het Michiel de Ruyter jaar. In Duitsland bijvoorbeeld het Bachjaar, het Lutherjaar. Er wordt veelvuldig gesproken, in de media en in de politiek, over de ‘Westerse Cultuur’ en de Westerse waarden. Maar vaak blijken degenen die het daar over hebben niet precies te weten wat een en ander precies inhoudt en niet zelden wordt een spreker betrapd op onjuiste feiten. Men heeft het over de ‘Joods-Christelijke beschaving’, maar het is velen allerminst duidelijk hoe het joodse en christelijke geloof zich tot elkaar verhouden. Het zelfde geldt voor ‘de Verlichting’. Dit begrip wordt vaak van uiteenlopende inhouden voorzien.

Wij willen signaleren dat historische en culturele waarden gebruikt kunnen worden in het ‘hier en nu’ als instrument voor een niet meer vanzelfsprekende identiteit, nationaal, maar ook plaatselijk. We kunnen Michiel de Ruyter gebruiken om ‘Vlissingen op de kaart te zetten’. We kunnen Rembrandt of Van Gogh gebruiken om internationaal aan te tonen dat Nederland toch nog iets voorstelt.

Aspecten en verschijnselen

7. De uitvergroting van het lichaam

We zien om ons heen dat mensen steeds meer aandacht besteden aan hun lichaam. Uiteraard is men zich daar niet altijd expliciet van bewust. Maar het geldt niet alleen voor beroemdheden of sterren, maar juist ook voor gewone mensen. We schreven al dat fitnesscentra als paddenstoelen uit de grond reizen, dat in park en bos, maar ook gewoon op straat mensen joggen en oefeningen doen. Ook tatoeages en piercings zijn niet meer het domein van excentriekelingen, maar worden algemeen toegepast. We wijzen ook op de oprukkende populariteit van de cosmetische chirurgie, niet meer als hulp bij verminking of handicap, maar gewoon ter verfraaiing van het lichaam. Op een cartoon van Peter van Staten loopt een echtpaar langs een bouwplaats. ‘Als dit project doorgaat,’ zegt de man, ‘krijg jij nieuwe borsten’. Populair worden televisieprogramma’s als ‘Remake’, waarbij, zonder cosmetische chirurgie, maar met hulp van schoonheidsspecialisten mensen een nieuw uiterlijk wordt aangemeten: een ander kapsel, andere kleren, een andere make up. ‘Kijk wat je met je lichaam kunt doen!’ ‘Ook voor jou is dat weggelegd!’

Mensen koesteren hun lichaam, versieren en vervolmaken het of verwaarlozen het. Kleding, uiterlijk vertoon, houding van het lichaam zijn erop gericht gezien te worden, uit te dagen, soms te provoceren. Dat provoceren gebeurt soms op de wijze van glamour en exhibitionisme, zoals uitdagende sexy kleding in allerlei gradaties, maar soms ook juist door confrontatie.

In een fitnesscentrum komt een man van in de tachtig bij de balie. ‘Ik heb de hele inspanningsoefening gedaan!’ roept hij uit. ‘En m’n pols is nog maar honderdtien!’ Op het journaalnieuws was te zien hoe een vrouw van 97 jaar haar rijbewijs had verlengd en nog perfect auto kon rijden.

Hoe het ook zij, duidelijk is dat het menselijk lichaam in onze hedendaagse samenleving een grote rol speelt en steeds meer in de belangstelling staat.

Het is echter niet alleen de presentatie van het lichaam dat de mensen bezig houdt, maar ook de conservering ervan. Het gaat niet zozeer om langer te leven, maar om langer gezond te leven, eigenlijk om langer *jong te blijven*. de gezondheidszorg verschuift steeds meer van curatief naar preventief. Als argument daarvoor wordt gegeven dat preventie de kosten van de curatieve gezondheidszorg, die uit de hand dreigen te lopen, kan beperken. Maar nader onderzoek en cijfers laten zien dat het juist de preventieve gezondheidszorg is, met massaonderzoeken, 'check ups', en preventieve medicijnen, die afwijkingen en stoornissen moeten voorkomen, de kosten van gezondheidszorg opjaagt. Wat wij signaleren is dat er een sfeer ontstaat van collectieve dwang om *gezond te zijn*. En die mondt uit in een collectieve angst van mensen om *niet* gezond te zijn, het lichaam voor verval te willen behoeden en de illusie dat dit mogelijk is.

Een ander aspect van deze uitvergroting van het lichaam is de steeds toenemende belangstelling en perfectionering van topsport. 1/100 ste seconde bepaalt iemands falen of geluk. Voetbal is een teamsport en een team behaalt de overwinning of verliest. Maar de spelers worden afgerekend op en ontlenen hun populariteit aan hun individuele prestaties, aan hun lichamelijke virtuositeit. Net als bij popidolen levert die populariteit heel veel geld op.

Allerlei individuele sporten als tennis, zwemmen, fietsen en schaatsen maken mensen wereldwijd bekend en populair, of ze worden genadeloos afgekraakt. de prestaties worden opgezweept en als een zaak van leven of dood besproken. In vele takken van topsport vindt een bijna letterlijke uitvergroting van het lichaam plaats door het gebruik van stimulerende en prestatieverhogende middelen.

8. Vervaging van ruimte en tijd

Sonja is een meisje van zestien jaar. Op school is ze tamelijk geïsoleerd in de klas. Haar ouders maken zich soms zorgen dat ze weinig vriendjes en vriendinnetjes heeft. Maar Sonja heeft juist heel veel vriendjes en vriendinnetjes. En wel over de hele wereld. Ze 'mailt', 'chat' en 'sms't' met jongens en meisjes in Canada, Australië, Engeland, en in haar eigen land, zelfs in haar eigen stad.

John en Mary zijn dit jaar al twee keer op vakantie geweest. Een keer naar Mexico en een keer naar Thailand. Ze hebben voor volgend jaar al geboekt naar de Dominicaanse Republiek en misschien dat ze toch nog een keer in Nederland blijven, misschien Oostenrijk of Italië.

Het bedrijf X heeft besloten zijn ict-taken uit te besteden naar India en bedrijf Y overweegt een deel van de productie over te hevelen naar Polen of Bulgarije.

In januari komen de sperziebonen uit Egypte en de sinaasappelen uit Nieuw Zeeland. de wijn komt uit Chili of Australië en de aardappels uit Polen.

Zo te zien bestaan er geen grenzen meer en is de ruimte volkomen gerelativeerd. Toch moet Sonja een voor haar onbetaalbare reis maken als ze een van haar chatvriendjes of vriendinnetjes in levenden lijve wil zien. En John en Mary leren van de verre landen niet veel meer kennen dan de hotels en restaurants. de handelsbewegingen blijken toch nog overwegend regionaal, hooguit Europees zijn en het steeds toenemende internationale vrachtvervoer begint een verzadigingspunt te bereiken. Het leek zo gemakkelijk om in Amsterdam te werken en in Almere te wonen, maar wel moet je dan minstens een uur in de file staan. Duizenden, ja honderdduizenden verplaatsen zich dagelijks van de ene plaats naar de andere. Maar er moet wel plaats zijn in de trein of de file is onverbiddelijk.

En als er zich een calamiteit voordoet, doordat de treinen uitvallen of de weg is geblokkeerd, dan voelen die velen zich soms verloren en verweesd. Daarbij zijn de media niet bang om de gevoelens van mensen in te vullen.

De ruimte is niet werkelijk verdwenen, maar in ons bewustzijn is dat wel het geval. We hebben het gevoel overal in de wereld te kunnen zijn, als we dat willen. Ja, zelfs een reis naar de maan is al te boeken. Op 'Google Earth' kunnen we vanachter onze computer op ieder gewenst moment inzoomen, zowel op ons eigen huis als op het Witte Huis in Washington. Alleen, we *zijn* er natuurlijk niet. In het meest eenvoudige dorp in Afrika of Zuid Amerika is een televisietoestel te vinden en veel mensen beschikken over een gsm, waarmee ze naar mensen aan de andere kant van de wereld kunnen telefoneren. Alleen hun wens om ook naar dat rijke Westen te gaan en daar te wonen en veel geld te verdienen, dat is niet zo eenvoudig. Maar niettemin proberen velen dat wel.

De andere kant van de zaak is dat we ons steeds minder verbonden voelen met de plaats waar we zijn, waar we wonen en waar we vandaan komen. Veel mensen zijn al zo vaak verhuisd dat ze zich nog nauwelijks kunnen herinneren waar ze tien jaar geleden woonden. Weliswaar is er sprake van een nieuw opkomend nationalisme en chauvinisme. We zetten ons af tegen Europa en verzetten ons tegen de globalisering. Maar tegelijk beseffen we dat dit verzet louter symbolisch is. Onze bestaande welvaart is ondenkbaar zonder Europa en de globalisering. We zouden raar opkijken als we alleen producten zouden kunnen kopen die in Nederland worden gemaakt. Of als we maanden zouden moeten wachten op een visum voor een land waarheen we met vakantie willen.

Op allerlei manieren wordt dit 'hier en nu' als het ware uitgerekt. Vreemd genoeg vaak door herdenkingen. Wanneer er iemand is vermoord of verongelukt ontkomen we niet meer aan een 'stille tocht'. Er worden bloemen neergelegd en waxinelichtjes neergezet bij de plaats des onheils. In eerste instantie met de bedoeling om 'niet te vergeten'. Maar bij nader inzien is het eerder om de gebeurtenis in het hier en nu te bewaren. We willen het gebeuren niet aan het verleden prijs geven en we proberen symbolisch de toekomst te bezweren. 'Dit mag nooit meer gebeuren!'

Een ander voorbeeld is de wijze waarop, nu niet meer zozeer door historici, maar door de media en het grote publiek wordt omgegaan met de herinnering aan de tweede wereldoorlog en de Duitse bezetting. de herdenkingen op vier mei en bij allerlei andere gelegenheden worden steeds meer in het 'hier en nu' getrokken. Actuele politieke en maatschappelijke problemen worden op het verleden geprojecteerd.

Het verleden wordt een functie van het heden. Er wordt gepleit voor een 'terugkeer naar de jaren vijftig, toen er nog duidelijke normen en waarden waren'. Maar feitelijk kan niemand zich nog echt iets bij de jaren vijftig voorstellen, zelfs degenen die deze tijd bewust hebben meegemaakt. Er is slechts sprake van ons verlangen in het heden naar een aantal zaken die we menen te missen en waar die jaren vijftig in ons gevoel model voor staan.

Met de toekomst is er iets soortgelijks aan de hand. 'Over vijftig jaar is het grootste deel van Nederland onder water gelopen'. Twee vrolijke meisjes breken in in de uitzending van het weerpraatje op de televisie en dwingen de presentator – nu – iets te zeggen over de klimaatverandering. Iedereen heeft het erover, maar weinigen weten wat er precies aan de hand is. En nog minder mensen kunnen zich iets voorstellen bij hoe de wereld er over vijftig jaar zal uitzien. de toekomst is in het heden geprojecteerd. Bedrijven spelen handig in op de angstwekkende toekomstverwachtingen. Er zijn speciale computerprogramma's ontworpen waarin precies het risico van een bepaalde vestigingsplaats kan worden berekend en het bedrijf verkoopt een daarop gebaseerde verzekeringspolis.

9. Tussen realiteit en illusie

We schreven al over het ‘bombardement’ van informatie en tegen- informatie waaraan mensen in onze samenleving dagelijks bloot staan. We willen dat nu wat verder uitwerken.

We beginnen bij de ‘serieuze’ informatie. Regelmatig worden mensen overvallen met de resultaten van onderzoek. ‘Onderzoek heeft aangetoond dat de Nederlanders zich gelukkiger voelen dan enkele jaren terug’. – ‘Onderzoek heeft aangetoond dat jongeren en kinderen gewelddadiger worden’. ‘Onderzoek heeft aangetoond dat er een verontrustende toename is van kinderen met overgewicht’. – ‘Onderzoek heeft aangetoond dat er een verontrustende toename is van huidkanker’. Slechts zelden zijn veel mensen in staat en bereid de hele tekst van het onderzoek tot zich te nemen. Zij zijn dus aangewezen op wat de media erover berichten. Soms gebeurt dit op de voorpagina’s van de kranten of op het nieuws op de televisie, soms is er een uitvoeriger berichtgeving in bijlagen van de nieuwsbladen of in documentaires. Op zich is daar niets mis mee. Moeilijker wordt het als de informatie van het ene onderzoek, kort daarna wordt weerlegd of tegengesproken door weer andere onderzoeken. Dat is bijvoorbeeld het geval met informatie over de toename van criminaliteit en ‘zinloos geweld’, die door andere wetenschappers wordt tegengesproken.

Een volgend gebied waar de grens tussen realiteit en illusie vervaagt is toevloed van loterijen, belspelen, quizen, en dergelijke. ‘Wilt *u* een miljonair worden? Doe dan mee met de ...loterij’. ‘Als *u* nu belt, maakt *u* kans op honderdduizend euro’. ‘Bij aankoop van een pak ... dingt *u* mee naar de prijs van tienduizend euro of een gratis reis naar de Antillen.’ Hoewel mensen als ze nadenken natuurlijk wel weten dat de kans op een prijs of een winnend lot zeer gering is, wordt toch de illusie gewekt dat de miljoenen voor het grijpen liggen.

De enorme populariteit van de boeken en later de films over Harry Potter laten zien dat in onze tijd heel veel mensen verlangen naar een ‘andere werkelijkheid’, een sprookjesachtige wereld waarin zij kunnen wegdromen en waar alles wat zij willen gebeurt of minstens kan gebeuren. Nog sterker is dit met het steeds populairder worden computerspel ‘second life’. In de virtuele wereld die door het spel wordt geschapen kunnen mensen zich een heel nieuwe persoonlijkheid aanmeten en dingen ondernemen waarvan ze in het dagelijks leven niet zouden dromen. Naarmate meer mensen eraan meedoen en het voor sommige een steeds grotere plaats in hun leven en bewustzijn inneemt vervaagt de grens tussen realiteit en illusie.

Tot slot

10. Performance als overlevingswijze

In onze visie is Performance een antwoord van de hedendaagse mens op de uitdagingen van deze tijd. Het is een overlevingswijze, niet meer en niet minder. Als zodanig is het ook niet zomaar een keuze van alternatief gedrag, maar in zekere zin een ‘kwestie van leven en dood’.

Het is dus een uiterst serieuze zaak, ook al komt deze vaak tot uiting in triviale dingen.

Dat wil zeggen dat er in onze tijd sprake moet zijn van een aantal ontwikkelingen die niet alleen fundamenteel verschillen van wat wij tot voor enkele decennia gewend waren, maar die ook een sterk paradoxaal karakter dragen.

Er is sprake van een ongekeende individualisering, maar tegelijkertijd van een grote massaliteit, een gigantische interactie en beïnvloeding. Er is een groot verschil tussen de individuele bewoner van een dunbevolkt plattelandsgedied en de bewoner van een verstedelijkt gebied, met voortdurend grote massa's mensen om zich heen. Maar ook de plattelandsbewoner is niet meer wat deze enkele decennia geleden was. Want hij of zij is wel betrokken in het informatiebombardement via de media en, indien aangesloten op internet, of in het bezit van een gsm, in contact met zeer veel mensen die hij of zij zelden of nooit te zien krijgt.

Individualisering betekent derhalve dat de mens is 'verlost' van tal van vaste, vaak dwingende verbanden als familie, levensbeschouwelijke groep, maar daarvoor in de plaats gekoppeld is aan een permanente interactie met voortdurend veranderende en niet zelden tegenstrijdige invloeden. Soms is de interactie gekoppeld aan (lijfelijke) medemensen, maar heel vaak ook aan 'digitale partners'. Dat kunnen mensen, bekenden zijn die men spreekt via sms, e-mail of mobiele telefoon, maar ook (interactieve) nieuwsmidia, entertainmentstations etcetera.

Deze situatie wordt soms aanschouwelijk als we ons in een overvolle treincoupé of tram bevinden. Een grote hoeveelheid mensen bevindt zich bij elkaar in een kleine ruimte. Slechts weinigen zijn werkelijk met elkaar in gesprek, maar er heerst geen stilte. de meesten zijn bezig via een gsm met anderen, verweg te communiceren, of sms'jes te versturen en te ontvangen, dan wel met een walkman op naar een dvd of muziekuitzending te luisteren. Eigenlijk alleen als er een calamiteit of een ramp gebeurt, ontdekken de aanwezigen dat ze niet alleen zijn. En vaak duurt dat nog geruime tijd.

De interactie en beïnvloeding is niet minder dwingend dan die van de vroegere vaste verbanden, alleen veel minder eenduidig en constant. Zij bieden dus ook minder zekerheid en veiligheid. Anderzijds ook meer uitdaging tot creativiteit en keuzes. Dat vereist echter een actieve levensinstelling. We schreven over het voortdurende en intensieve 'bombardement' aan informatie via media en reclame waaraan de mens in deze tijd bloot staat. Ook dit maakt, wil men niet 'horendol' worden, een actieve levensinstelling met bewuste keuzes noodzakelijk.

Een jeugdpsychiater realiseerde zich dat hij de laatste tijd veel ouders bij zich krijgt die bij hun kind een lichte vorm van autisme menen te bespeuren. Maar bij nader inzien blijkt dit soms een gezonde neiging van de kinderen om zich af te sluiten voor 'overbeïnvloeding' en een omgaan met de discontinuïteit.

Onze hypothese is dat er in deze situatie weliswaar vrij veel mensen de weg kwijt raken, maar dat overgrote meerderheid een effectieve manier heeft ontwikkeld om ermee om te gaan: de Performance. Behalve de omschrijving die we al eerder hebben gegeven zou men deze kunnen aanduiden als een soort compromis tussen de verwarrende discontinuïteit van de omgeving en de indringende beïnvloeding vanuit de media en de samenleving enerzijds en de autonome persoon anderzijds.

Dit betekent in de praktijk een toename van de vaardigheid van veel mensen om enerzijds zich af te sluiten voor de invloeden van buiten, anderzijds een vermogen om zeer flexibel en intensief te communiceren, zowel met personen als met institutionele bronnen.

Het betekent enerzijds het vermogen een keuze te maken en te profiteren van de grote hoeveelheid aangeboden mogelijkheden. '(Gij zult genieten!) Shoppen is genieten'. 'Dit mag u niet missen!') Anderzijds de kunst daar een grens in te trekken. Het is dus niet een zich onttrekken aan het consumentisme, maar daarin zelf de regie in handen houden.

Het is de bereidheid om mee te doen aan de voortdurende uitdaging grenzen te verkennen en te verleggen, maar zichzelf daarin niet verliezen. Het is een vermogen zich te verdie-

pen in de digitale werkelijkheid van computerspellen en sprookjesachtige simulaties, maar daarin toch de relatie met de realiteit niet verliezen.

Ten aanzien van wat wij ‘de uitvergroting van het lichaam’ hebben genoemd betekent het dat de lichaamscultuur niet een soort verslaving wordt, maar een bewust gebruik van de mogelijkheden. Dat men bewust nadenkt over de presentatie in allerlei sectoren van de samenleving en dat men zich bewust is van de effecten, maar ook van de gevaren. Er is een bewuste keuze in het bevorderen van de eigen gezondheid en een gebruik van de mogelijkheden daartoe. Maar het wordt geen ‘rage’, geen vlucht voor de dood en de vergankelijkheid. Centraal staat daarin wat wij hiervoor de ‘vormgeving’ of ‘lifestyle’ hebben genoemd en daarin het vermogen tot zingeving.

Personalia

Drs. Hans Dirkse werkte vele jaren als hulpverlener met randgroepjongeren en drugsverslaafden. Hij was docent aan de Hogeschool van Amsterdam. In 1994 studeerde hij af in de Wijsbegeerte aan de UVA. Hij verzorgt momenteel cursussen Filosofie aan de Volksuniversiteit.

Dr. Marinus Traas studeerde Pedagogiek en Andragogie aan de Rijksuniversiteit Utrecht. Hij werkte in verscheidene sectoren van welzijnswerk en hulpverlening en was docent aan de Hogeschool van Amsterdam. Hij promoveerde op 15 februari 2006 aan de Universiteit van Tilburg op bovengenoemd proefschrift.

Aangehaalde literatuur

Traas 2005

Marinus Traas: *Jeugdcriminaliteit in agogisch perspectief*. Nijmegen: WLP, 2005.
 Handelsuitgave: *Aandacht of aanklacht, jeugdcriminaliteit in agogisch perspectief*.
 Baarn: HB Uitgevers, 2006.

HOOFDSTUK 3

FORENSISCHE ZORG

Behandeling in detentie tussen gisteren en morgen

D. Daniëls

1. Inleiding

Het gevangeniswezen is de laatste jaren volop in beweging. Er is veel veranderd de afgelopen tijd of liever gezegd, in verandering.

In de jaren 90 waren die veranderingen vooral kwantitatief van aard. Er werden op grote schaal cellen bijgebouwd.¹ Nu was een inhaalslag ook wel nodig. Nederland bevond zich internationaal bepaald niet in de voorhoede. Lang dachten we dat het ook een teken was van de beschaafde staat van onze natie; toch, hoe beschaafd is het als er met regelmaat misdadigers moeten worden ‘heengezonden’ omdat er geen cellen beschikbaar zijn? En was het ook niet wat vreemd dat er, nog lager op die wereldladder, ook nogal wat bananenrepublieken voorkwamen?

Sinds enkele jaren groeit het besef dat vooral inhoudelijke verandering nodig is. In het bijzonder op het vlak van zorg en behandeling in detentie.

Verandering en vernieuwing stellen de vanzelfsprekendheid van het systeem ter discussie. Natuurlijk, gevangenis en detentie zijn van alle tijden. Maar het denken over vernieuwing van het gevangeniswezen en in het bijzonder over hoe behandeling binnen dat gevangeniswezen er over zo’n jaar of tien uit zou kunnen zien, maakt vragen naar zin en doel van dat gevangeniswezen en behandeling in detentie onontkoombaar. Behandeling in detentie is immers niet los te zien van de gedwongen context.

2. Enkele vragen

Een fundamentele vraag is of het eigenlijk wel zo voor de hand liggend is dat de sanctie van vrijheidsbeneming overwegend intramuraal zou moeten worden uitgevoerd? Het valt op dat Nederland in Europa koploper is als het gaat om de tenuitvoerlegging van voorlopige hechtenis achter de muren. En we weten inmiddels dat behandeling, als het gaat om recidivepreventie, met name dan effect sorteert als die ook, althans ten dele, extramuraal wordt uitgevoerd. Technisch zijn er inmiddels voldoende mogelijkheden om die straf verantwoord extramuraal uit te voeren en vergis u niet, zo leuk is het niet, binnenshuis ‘vast’ te zitten; dan doet het pijn als je uit je raam kijkt.

Kortom, de vraag is aan de orde, wat voor gevangenis willen wij eigenlijk,² en hoe behandeling binnen en buiten de muren eruit moet zien.

In dit hoofdstuk zal ik een poging doen te schetsen hoe behandeling in het gevangeniswezen er over zo een jaar of tien uit zou kunnen zien. Dat kan vanzelfsprekend niet zonder eerst kort stil te staan bij het recente verleden, en hoe behandeling in detentie momenteel is georganiseerd. Als tegenwicht voor de neiging te zeer extrapoleren zal ik niet nalaten mijn gedachten een wat vrijere loop te laten. Het gevangeniswezen – de naam alléén al – behoeft (re)visie. Te lang is het gebaseerd geweest op aloude en vanzelf-

¹ Verhagen, 2005. In de periode 1985-2004 steeg Nederland met een groeipercentage van 322% naar de eerste plaats in de wereldranglijst.

² Currie, 2007.

sprekende principes. de vraag naar de zin en zo mogelijk het effect van gevangenisstraf is eerst recent en dan nog overwegend academisch aan de orde gekomen. Wat willen we nu eigenlijk bereiken met gevangenisstraf? Het opgesloten zijn achter hoge muren wordt gezien als ultimum remedium, een uiterst middel, maar is het een effectief middel, een rationele methode? Ooit werd wel gedacht dat het eigenlijk een vorm van ‘milieutherapie’ zou zijn. Maar als het toch primair gaat om vergelding – en dus leedtoevoeging – hoe verdraagt zich dat met de notie van resocialisatie of behandeling? Deze begrippen lijken de laatste tijd steeds meer in het teken te staan van recidivebeperking als zodanig. Er waren vage, maar gekoesterde noties als zou een gevangenisstraf ‘ergens’ toch wel helpen, afschrikken en op z’n minst – en dat is meetbaar – de samenleving een tijd lang beschermen tegen misdadigers. Maar, zo weten we inmiddels uit onderzoek,³ gevangenisstraf uit te voeren als domweg opsluiting, werkt niet op termijn. Integendeel, er zijn aanwijzingen dat mensen er slechter van worden en dat het risico na ommeekomst van de gevangenisstraf juist toeneemt. Lord Waddington, de Britse Home Secretary typeerde in 1997 op basis van onderzoeksgegevens, gechargeerd wellicht maar treffend, het gevangeniswezen als ‘an expansive way to make bad people worse’.

Inmiddels blijkt uit onderzoek dat gerichte behandeling in detentie, maar ook (deels) extramuraal kan leiden tot een recidive vermindering van zo’n 10 tot 15 procent.⁴ We hebben het dan wel over goed opgezette en bewaakte behandelexperimenten in het buitenland, met hoog gemotiveerd personeel en een zeer betrokken management. In Nederland zijn we nog niet zo ver.

En hoe moet zorg en behandeling eruit zien voor de grote groep psychiatrisch zieke en gestoorde gedetineerden, bij wie er niet zo’n duidelijke relatie bestaat tussen stoornis en recidive. Hoe equivalent, dat wil zeggen gelijkwaardig aan de zorg zoals die beschikbaar is buiten het gevangeniswezen, is die eigenlijk voor hen?

2. Recente ontwikkelingen

De afgelopen 15 jaar heeft Justitie niet stil gezeten. Er is een zorg- en begeleidingssysteem opgezet voor psychisch gestoorde gedetineerden, gericht op het zo goed mogelijk voorkomen van de detentieperiode met de mogelijkheid van doorplaatsing naar de GGz, als het echt niet gaat, en, althans in principe, de TBS. In de praktijk bleek de scheiding van de wereld van Justitie en VWS inclusief wetgevings- en financieringsproblemen een moeilijke barrière. Justitie en het gevangeniswezen ontwikkelden dan ook zelf een zorgsysteem met psychiatrische en psychologische basiszorg in elke inrichting met een bijzondere zorg afdeling (BZA) voor gedetineerden die het niet redden in het gewone regime, de zogenaamde luwte cellen. Regionaal werden er afdelingen opgezet voor intensievere zorg en begeleiding voor veelal ernstige zieke, vaak psychotische gedetineerden. Landelijk ontstond een afdeling voor crisis interventie en zonodig dwangbehandeling, althans toediening van medicatie onder dwang. Tevens ontstonden er beperkte mogelijkheden aandacht te besteden aan verslaving.

Onder invloed van een aantal ontwikkelingen werd [gaandeweg] duidelijk dat een verder gaande en meer gerichte behandeling noodzakelijk was. Naast de groei van het gevangeniswezen als zodanig zagen we een forse toename van het aantal patiënten met steeds ernstiger stoornissen. Het waren ook ‘andere’ patiënten dan de jaren daarvoor als gevolg

³ Wartna, Baas & Beenackers, 2004; Nijman, 2005; Van der Laan, 2004.

⁴ Van Marle & Nijman, 2007.

van het massale druggebruik.⁵ de uitstroom uit de GGz in de jaren 80, de zogenaamde deinstitutionalisering, de gevolgen van de transmigratie en, samenhangend, een sterke roep om ‘safe en healthy communities’ en een veranderend strafklimaat, zetten het gevangenisstelsel onder druk. Vanuit Europa werd Nederland, op grond van het Europese verdrag van de rechten van de mens (EVRM),⁶ gemaand zorg te dragen voor behandel-mogelijkheden van TBS-gestelden die in de gevangenis wachtten op een behandelplaats en de Staat werd verplicht financiële schadeloosstelling te bieden aan de wachtenden. Nederland, dat zo graag het imago uitdraagt van humaniteit vóór alles, leed aanzienlijk gezichtsverlies.

2.1. Samenwerkingsinitiatieven

Het besef het niet meer alléén af te kunnen binnen het gevangeniswezen enerzijds en anderzijds in de GGz de ontlukende notie dat ook elke Nederlander in de bajes recht heeft op goede gezondheidszorg, leidde ertoe dat de geluiden van samenwerking steeds sterker werden.⁷ Er ontstonden de nodige pilots met voorzichtige verkenning van de samenwerking tussen GGz, gevangeniswezen en ook de TBS. Kwantitatief stelde het nog niet veel voor.

Een belangrijke doorbraak was de verschijning van de nota ‘Forensische Zorg’⁸ in december 1996 waardoor de samenwerking tussen de ministeries van VWS en Justitie geconcretiseerd werd in een aantal (deels) gezamenlijke projecten in het veld van de forensische psychiatrie, in het bijzonder in de TBS, maar ook in het gevangeniswezen. Het was feitelijk voor het eerst dat beide ministeries zich op relatief grote schaal en concreet ‘committeerden’.

De zogenaamd preklinische behandeling⁹ voor TBS-passanten in detentie kreeg zijn vorm, en eind 2001 kwam de ontwikkeling van forensische psychiatrische circuits op gang, gestimuleerd met gelden van beide ministeries, voor de duur van 3 jaar. Dát heeft ertoe geleid dat, met als voortrekker de toenmalige Forensische Psychiatrische Dienst (FPD), er inmiddels in Nederland overall regionale samenwerkingsverbanden zijn ontstaan tussen de GGz, TBS, gevangeniswezen maar ook reclassering, het OM en bestuurders. Die samenwerking is inmiddels structureel. Er zijn concrete initiatieven, men heeft elkaars taal leren verstaan; het stadium van de lippendienst lijkt voorgoed voorbij.

Het meest sprekende initiatief, zoals uit die ontwikkeling is voortgekomen, is wel dat van de Indicatiestelling forensische psychiatrie. Januari 2005 werd na jaren van voorbereiding, een tweetal pilots in Amsterdam en Arnhem en onderzoek door het Trimbos Instituut,¹⁰ een systeem van indicatiestelling operationeel voor patiënten met een strafrechtelijke titel. Doel was en is kort gezegd dat de juiste patiënt op de juiste plaats zou terechtkomen. En dat binnen een redelijke termijn. Daarbij zou inhoudelijke indicatiestelling door professionals ertoe leiden dat feitelijke plaatsing door het Zorgkantoor zou worden gegarandeerd. Eén en ander onder de condities van deskundigheid, onafhankelijkheid – en wel met name van instellingsbelangen – en ingebed in de zorgfinancieringssysteema-

⁵ Bleeker & Stalman, 2007.

⁶ Mevis, 2006.

⁷ Bovendien bleek een deel van die bajesklanten voor kortere of langere tijd in behandeling te zijn (geweest) bij diezelfde GGz.

⁸ Ministerie van Justitie en VWS, 1996.

⁹ Ministerie van Justitie, 2001 (a).

¹⁰ Broers, 2002.

tiek. Het zou dan niet meer zo kunnen zijn als jaren daarvoor dat verwijzing en overplaatsing vanuit het gevangeniswezen naar de GGz en eventueel de TBS sector – en soms vice versa – moeizaam verliep en vooral berustte op het principe van ‘ons kent ons’, bij gebrek aan een gedeeld systeem van spelregels en afspraken. Dat leidde ertoe dat veel te veel mensen met ernstige psychiatrische problematiek noodgedwongen dan maar in het gevangeniswezen verbleven, inclusief de TBS-passanten en degenen die door de rechter middels een strafrechtelijke machtiging, (artikel 37.SR), waren veroordeeld tot opname – en liefst behandeling! – voor de duur van een jaar in een klinische GGz voorziening.

In mei 2005 kwam de commissie Houtman¹¹ met het voorstel de financiering voor de forensische psychiatrische zorg, gelet op veranderingen in de zorgsystematiek en met oog voor marktinvoeden, in z'n geheel aan Justitie toe te vertrouwen. Daarmee zou de eeuwige domein- en competentiediscussie tot het verleden behoren, de aansluiting met de GGz zou versterkt worden onder meer door dezelfde bekostigingssystematiek te gaan hanteren. Dat zou efficiency en slagvaardigheid zeer ten goede komen.

In 2006 zien we dat in de aanbevelingen van de parlementaire commissie TBS,¹² de commissie Visser, in het kader van de samenhang van het forensische zorgsysteem, ook de bijzondere positie van het gevangeniswezen wordt onderkend. Zo wordt er in aanbeveling 17 voorgesteld om de mogelijkheid van een penitentiair psychiatrisch ziekenhuis te onderzoeken en worden middelen beschikbaar gesteld om 700 extra behandelplaatsen voor gedetineerden te creëren, die, naar het zich laat aanzien, deels in het gevangeniswezen, deels in de GGz en mogelijk in de TBS zullen worden gerealiseerd.¹³

Binnen het gevangeniswezen zien we vanaf 2003 de ontwikkeling van de zogenaamde nieuwe inrichting (DNI),¹⁴ een grootscheepse reorganisatie van het gevangeniswezen, vooraleerst vanuit bezuiniging en efficiency opgezet, met een domeinindeling voor voorlopige hechtenis, kort gestraften tot 4 maanden en een sector voor lang gestraften. Negen-tig procent van de gedetineerden zou in de regio van herkomst kunnen worden gedetineerd, de vernieuwing van het zorg- en behandel aanbod wordt aangekondigd. Sleutelbegrippen zijn een vraaggerichte benadering – wat willen ketenpartners – en een verandering van het detentieklimaat waarin meer ruimte komt voor eigen verantwoordelijkheid en motivatie en daarmee voor het meer selectief omgaan met de inzet van middelen.¹⁵ Aanvankelijk domineren overwegingen van bezuiniging. Inmiddels is mede door commentaar vanuit het veld en de opstelling van medezeggenschapsorganisaties binnen Justitie, die grote consequenties voorzien voor met name gevangenis personeel, één en ander bijgesteld waarbij het accent meer is komen te liggen op de ontwikkeling van behandeling en zorg, al of niet in detentie, maar nadrukkelijk ook binnen de GGz. Het is dan ook veelzeggend dat de sectordirectie TBS, onder de nieuwe naam Directie Forensische Zorg verder zal werken.

Ook binnen de GGz zat men niet stil. Er ontstonden forensische psychiatrische afdelingen (FPA) en een drietal forensische psychiatrische klinieken (PFK). Daarnaast kwam de (semi)ambulante behandeling door forensische poliklinieken vanuit de TBS sector op gang. Met name die laatste bieden en boden ook behandeling binnen de muren van het

¹¹ Commissie Houtman, 2005.

¹² Parlementaire Onderzoek TBS, 2006.

¹³ Let wel: naast de ongeveer 600 plaatsen zoals die in de 5 zorgcentra zullen worden gerealiseerd (Amsterdam, Den Haag, Vught, Zwolle en Maastricht).

¹⁴ Ministerie van Justitie, 2003.

¹⁵ Ook de gedetineerde wordt tot op zekere hoogte als een mondige klant gezien.

gevangeniswezen en onder voorwaarden, in de laatste fase van detentie dikwijls, buiten de inrichting, de zogenaamde transmurale behandeling kwam hiermee van de grond.

2.2 Over behandeling

Bij al deze ontwikkelingen is de vraag naar de kwaliteit van behandeling, in hoeverre die gelijkwaardig is of kan zijn aan die in de GGz en wat nu onder behandeling te verstaan voor welke groepen en met welk doel, nadrukkelijk aan de orde.

Grosso modo zijn er twee behandelmodaliteiten te onderscheiden. In de eerste plaats is dat behandeling gericht op symptomen en psychopathologie bij psychiatrisch zieke mensen zonder een duidelijke causale relatie tussen stoornis en delict. Als dat wel het geval is en er sprake is van zeer ernstige delicten, is TBS aangewezen.¹⁶ Er is dan meestal sprake van een psychiatrische voorgeschiedenis, de behandeling is individuericht.

Daarnaast zien we (een ontwikkeling van) behandeling gericht op recidive vermindering in detentie. Het gaat hier meestal niet om ernstige psychopathologie.¹⁷ de behandeling heeft meer de vorm van een training die in groepsverband wordt uitgevoerd en gericht is op verbetering van vooral cognitieve mogelijkheden en copingmechanismen. In essentie gaat het om het leren dragen van verantwoordelijkheid, omgaan met grenzen en agressiehantering, hier en daar spreekt men zelfs van het ontwikkelen van empathie.

Het gaat hier dus om een groep gedetineerden, bij wie het de vraag is in hoeverre ze nu eigenlijk patiënt zijn, dan wel dat er sprake is van deviant en antisociaal gedrag. Hoe dan ook, er is wel degelijk wat aan de hand in termen van een problematische socialisatie en zelfhandhaving.

Kortom, vanuit verschillende motieven ontstaat er steeds meer differentiatie in behandelings- en trainingsmogelijkheden van gedetineerden. Daarbij is het wel zaak enige kritische distantie te bewaren.¹⁸ Over efficiency en effectiviteit weten we nog maar betrekkelijk weinig. Het besef dat straf alléén niet helpt – in tegendeel – maar dat straf én beloning in een uitgebalanceerd systeem wel degelijk een positief effect kunnen hebben breekt door. Recent vrijkomende evidentie¹⁹ voor de effectiviteit van langdurige behandeling van ernstige persoonlijkheidsstoornissen – ook in termen van kosteneffectiviteit – met vormen van psychotherapie zal een verdere impuls geven aan deze ontwikkeling.

3. De stand van zaken begin 2008

3.1 Het zorgsysteem

Zorg en behandeling wordt binnen de penitentiaire setting op elke locatie geboden door Justitie professionals. Eerste lijnsgezondheidszorg biedt de medische dienst met huisarts en verpleegkundige, de psychiatrische en psychologische behandeling wordt gecoördi-

¹⁶ Overigens zitten er in detentie een aanzienlijk aantal personen met de voorwaarde, zich na detentie onder behandeling te stellen en een groep zogenaamd ‘gemiste’ TBS-ers.

¹⁷ Het is lang niet altijd zo dat ernstige psychiatrische ziektebeelden als zodanig dominante risicofactoren zijn. Factoren als verslaving, marginale sociale inbedding en ook bepaalde persoonlijkheidskenmerken zijn waarschijnlijk van groter predictief belang (Van Marle, 2006).

¹⁸ Er zijn aanwijzingen dat de psychopathische variant van de antisociale persoonlijkheidsstoornis er eerder slechter van wordt; want beter in staat het geleerde in te passen in zijn crimineel manipulatieve lifestyle. (Hart & Hemphill, 2002).

¹⁹ Verheul, 2007.

neerd in het zogenaamde psychomedische overleg (PMO) met als kernleden de inrichtingspsycholoog, tevens voorzitter, de forensische psychiater, de huisarts en psychiatrisch verpleegkundige. Het PMO komt tenminste wekelijks bijeen waarbij een groot aantal patiënten wordt besproken en beleid uitgezet. Op indicatie wordt specialistisch psychiatrische onderzoek, consultatie en behandeling geboden. de behandeling is in eerste instantie medicamenteus en steunend gespreksmatig, terwijl een meer permanente begeleiding door de psycholoog wordt geboden. Psychotherapie vindt op indicatie plaats. de rol van de penitentiaire inrichtingswerker (PIW) is van groot belang. Signalering van problematiek en het omgaan met ernstig gestoorde gedetineerden behoort tot zijn dagelijks werk. de rol van de reclassering is nagenoeg beperkt tot bemoeienis met recidive programma's en verslaving. Inmiddels zijn er medisch maatschappelijke dienstverleners (MMD) gekomen. Hun taak ligt met name in materiële en praktische nazorg en begeleiding. Hier en daar zien we sociaal psychiatrische verpleegkundigen hun plaats vinden.

Naast de reguliere zorg kennen we op elke locatie de bijzondere zorgafdeling (BZA) voor de groep psychisch kwetsbare gedetineerden met zelfhandhavingsproblemen. Dat zijn nogal eens mensen met een verstandelijke handicap, dikwijls ook zedendelinquenten, die bescherming behoeven tegen de reacties van medegedetineerden.

Verder kennen we een twaalfstal (beveiligde) individuele begeleidingsafdelingen ((B)IBA), regionaal opgezet voor gedetineerden met ernstiger psychiatrische problematiek en veiligheidsrisico.

En dan is er de forensische begeleidingsafdeling (FOBA), een landelijke afdeling voor crisisinterventie. Het gaat veelal om agressief gedrag op basis van angst en een ernstig gestoorde realiteitstoetsing en suïcidaliteit, met gevaar voor zichzelf en derden en/of persisterende medicatie weigering. Dwangbehandeling is dan vaak aangewezen. de afdeling heeft inmiddels het karakter van een hooggespecialiseerde kliniek en heeft een landelijke functie met een tweetal forensische schakelunits (FSU), als sluis naar ofwel de GGZ en soms TBS, dan wel terug naar de penitentiaire inrichting.

We kennen ook (nog) afdelingen voor verslavingsbegeleiding (VBA). Verslaafden worden daar begeleid en mogelijk gemotiveerd voor verdere behandeling.

Er is het penitentiaire selectie centrum (PSC) met een landelijke functie, met een beperkt aantal plaatsen, dat naast onderzoek en selectie langdurige psychotherapie biedt voor langgestraften met complexe persoonlijkheidsstoornissen.

En er zijn de landelijke afzonderingsafdelingen (LAA) voor sterk onaangepaste en gevaarlijke gedragsgestoorde gedetineerden waar rigoureuze structuur en beveiliging geboden worden.

Ten slotte is er het Pieter Baan Centrum voor klinische observatie en onderzoek Pro justitia, met de status van een Huis van Bewaring. de zogenaamd penitentiaire programma's gericht op resocialisatie gedurende het laatste deel van de straf en goeddeels buiten de inrichting uitgevoerd en het programma terugdringen recidive (TR) worden door de reclassering in samenwerking met forensische poliklinieken uitgevoerd. Recent is er ook een behandelstramien opgezet voor zogenaamde stelselmatige daders (ISD), een groep van veelal verslaafde veelplegers die tot een maatregeltraject van 2 jaar zijn veroordeeld. Daarnaast zijn er de laatste jaren een viertal detentiecentra gekomen voor vreemdelingen ter fine van uitzetting, zoals dat heet, al of niet na een delict, en uitgeprocedeerde asielzoekers.²⁰ Zeer recent wordt er 'behandeling' geboden voor zo'n 150 TBS-gestelden die (nog) niet gemotiveerd zijn voor delictgerelateerde behandeling dan wel een longstaysta-

²⁰ Voor deze groepen van ongeveer 2500 personen is inmiddels een basaal zorg- en behandelprogramma opgesteld door het NIFP.

tus hebben. En we kennen sinds een aantal jaren de zogenaamde preklinische behandeling voor TBS-gestelden, die in afwachting van hun opname, in een gevangenis verblijven gedurende de laatste maanden van hun verblijf daar. de behandeling wordt geboden door TBS medewerkers, Justitie gaat over bejegening en beveiliging. Binnen het bestek van dit hoofdstuk zal ik niet nader ingaan op zorg en behandeling binnen het justitiële jeugdveld. Het gaat om ongeveer 2500 jeugdigen voor wie – zo veel is wel duidelijk – de geboden behandeling vooralsnog ernstig tekort schiet.

3.2 Enkele cijfers

In de afgelopen jaren zijn de ongeveer 50 penitentiaire inrichtingen samengevoegd tot een twintigtal clusterinstellingen. Het aantal intramurale plaatsen bedraagt momenteel 16.000, waarvan zo'n 10% in meerpersoonscellen. Op jaarbasis worden die cellen bewoond door ongeveer 48.000 gedetineerden. Ongeveer drie kwart van hen zit in voorarrest in een Huis van Bewaring, een kwart verblijft in de gevangenis. Nederland kent (nog?) geen gemengde detentie: er zijn drie inrichtingen voor vrouwen met ongeveer 750 plaatsen. Het aantal cellen is de afgelopen tien jaar meer dan verdubbeld, maar die trend lijkt de laatste jaren duidelijk af te vlakken.²¹

Het aantal (ernstige) stoornissen lijkt zich verhoudingsgewijs te stabiliseren; echter de ernst ervan is toegenomen.²²

Afhankelijk van definitie en onderzoeksconcept blijkt uit Nederlands epidemiologisch onderzoek dat in het gevangeniswezen zo'n 10 procent psychiatrische stoornissen voorkomen die behandeling behoeven, terwijl voor zo'n 3 tot 4 procent behandeling binnen de penitentiaire inrichting ontoereikend zou zijn.²³ Andere onderzoekers²⁴ komen tot hogere cijfers maar hanteren een 'bredere' definitie van psychische stoornis. Internationaal vergelijkend onderzoek²⁵ laat zien dat in Westerse landen zo'n 4 procent psychotisch is, 10 procent ernstig depressief, terwijl 65 procent een persoonlijkheidsstoornis heeft. Overigens is aannemelijk uit onderzoek²⁶ dat de consumptie van zorg in relatie tot bestaande morbiditeit achter blijft. de neiging het zelf op te knappen in detentie is groot. Kwetsbaarheid en stoornis worden licht gebagatelliseerd in een bajesklimaat waar onverschilligheid, macho gedrag en overlevingsstrategieën voor de korte termijn dominant zijn.

4. De toekomst anno 2018

Hoe betrekkelijk het voorspellen van zelfs de nabije toekomst van het gevangeniswezen is, moge blijken uit het feit dat ik zo'n 2 jaar geleden schreef²⁷ dat er mijns inziens goede gronden waren te verwachten dat het aantal vreemdelingen in detentie binnen een paar jaar wel zou verdubbelen. Ook ging ik ervan uit dat de groei van het aantal cellen zich wel zou voortzetten. In beide gevallen zat ik er goed naast, terwijl het 'slechts' een schatting betrof over een traject van een paar jaar. de politieke en maatschappelijke verhou-

²¹ In 2006 was er zelfs sprake van een aanzienlijk cellenoverschot (Ministerie van Justitie, 2007).

²² Ministerie van Justitie, 2001 (b); Verhagen, 1997.

²³ Bulten, Van Tilburg & Van Limbeek, 1999.

²⁴ Schoemaker & Van Zessen, 1997.

²⁵ Fazel & Danesh, 2002.

²⁶ Bulten, Van Tilburg & Van Limbeek, 1999.

²⁷ Daniëls, 2006, p.634-666.

dingen wijzigden zich sterk, waar het ging om de vreemdelingenpolitiek terwijl ook het (veronderstelde) veranderende strafklimaat niet tot uiting kwam in toename van het aantal cellen.

Ik zal mij dan ook beperken tot het signaleren van trends en terughoudendheid betrachten als het gaat om cijfermatige verwachtingen. Over hoe zorg en behandeling er naar mijn mening over tien jaar uit zou ‘moeten’ zien laat ik graag mijn gedachten gaan.

Ik zal een onderscheid maken tussen verwachtingen op grond van de eerder in gang gezette bewegingen, die de komende jaren mijns inziens zullen doorwerken en minder zekere en meer ideaaltypische verwachtingen. Aan enige vorm van wishful thinking zal ik niet ontkomen, het zij zo. Het feit dát we inmiddels over detentie en behandeling in termen van mogelijkheden en kansen zijn gaan denken is hoopvol.

4.1 Trends en verwachtingen

Ik noem kort de trends die mijns inziens verwijzen naar 2018 en later. Een heel belangrijke stap op de weg naar integratie van Gevangeniswezen, TBS en GGz werd gezet in 1996 met het rapport Forensische Zorg, waarin Justitie en VWS voor het eerst nadrukkelijk gezamenlijk optraden. Zo kwam de preklinische behandeling voor TBS-passanten van de grond. Ik verwacht dat in 2018 die vorm van behandeling niet meer zal bestaan, want niet meer nodig zal zijn.

Ook de forensische psychiatrische circuits kwamen daardoor tot ontwikkeling en zijn inmiddels overal operationeel. Naar ik verwacht zullen we over tien jaar regionaal een geschaakt behandelingsaanbod – en wel transmuraal – kennen.

In het gevangeniswezen voltrekt zich een grootscheepse verandering, waarbij de reorganisatie van zorg en behandeling een steeds prominenter plaats gaat innemen.

De financiering van de hele forensische zorg is aan Justitie toegewezen, die daarmee als zorginkoper gaat functioneren.

Op voorspraak van de parlementaire commissie TBS zal er de komende jaren financiële ruimte zijn om zo’n 700 extra behandelplaatsen te realiseren in het gevangeniswezen en de (forensische) GGz.

En het systeem van forensische indicatiestelling zal dan de spilfunctie hebben bij de regulatie van het forensisch psychiatrische grensverkeer.²⁸

Tenslotte, rapporten van invloedrijke gremia als de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO)²⁹ en de Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ),³⁰ waarin nadrukkelijk gepleit wordt voor adequate en toereikende behandelmogelijkheden in detentie, zullen de komende jaren dóórwerken. Hiermee staan we op de drempel van de toekomst.

4.2 Voorwaarden en context

Begin 2008 – 2007 was een overgangsjaar – krijgt de zorgstelselwijziging zijn beslag. Justitie begeeft zich op de markt van forensische ‘zorginkoop’ bij de GGz en TBS en wellicht andere partners; en wie weet, waarom geen Europese aanbesteding? Het is een grote stap voor een departement, ook al is er inmiddels een uitvoeringsorganisatie en een

²⁸ De cijfers laten een forse groei zien over 2005, 2006 en 2007: respectievelijk 500, 800 en ruim 1000.

²⁹ Nota: Straf en Zorg, een paar apart, 2007.

³⁰ Nota: de zorg aan gedetineerden, 2007.

inkoopbureau. de beschikking hebben over veel geld, betekent immers nog niet dat je dan ook weet, wat voor welke prijs de beste waar is. Expertise zal moeten worden ontwikkeld, spelregels opgesteld. Er lijkt een rol weggelegd voor een marktmeester – wellicht een Forensische Zorgautoriteit – op afstand. Daarbij valt te bedenken dat ‘de markt’ niet als vanzelfsprekend kwaliteit met zich meebrengt, dan wel dat de bureaucratie per se vermindert. Recente – ook buitenlandse – voorbeelden uit het overheidsverleden stemmen tot voorzichtigheid.³¹ In onze branche is omzetvergroting – toch ook een niet onbelangrijk element van de markt – nou niet bepaald de eerst gewenste optie. En hoe in een wereld van concurrentie goed samen te werken mag op z’n minst een uitdaging heten. Kortom, over de markt valt veel te zeggen, maar vooral te speculeren. Vertrouwend op het voorstellingsvermogen van de lezer zal ik de verleiding weerstaan en mij beperken tot bovenstaande.

In 2008 zal er begonnen worden met de invoering van DBBC’s – de extra B staat voor beveiliging – in het forensische zorgcircuit en het gevangeniswezen. Het laat zich raden dat dat niet voorspoedig zal gaan. Te meer daar – en dat wordt zo langzamerhand een tragisch cliché – de ‘verbindende’ automatisering buitengewoon moeizaam blijft verlopen.

Te voorzien valt dat er de komende jaren meer sprake zal zijn van rationalisering binnen het gevangeniswezen in plaats van de betrekkelijk ongerichte versoberingstendens, waarbij zelfs ‘arbeid’ op rantsoen gaat. Bezuiniging zal nodig blijven maar het is kortzichtig, en op termijn kostbaar en contraproductief al te zeer te bezuinigen op personeel en je goeddeels te verlaten op elektronica. de basis van elke behandelpretentie is wel dat er voldoende mogelijkheid is voor contact en interactie en dat er ruimte is om te oefenen met aan te leren gedrag, binnen maar ook buiten de muren. Als er dan toch bezuinigd moet worden, lijkt de ontwikkeling van meerpersoonscellen een realistischer optie. de eerste indrukken van het gebruik van meerpersoonscellen, weliswaar nog voor kortgestraften, zijn bepaald niet ongunstig.³² Zeker als je het (mede) aan de gedetineerden zelf over laat om ervoor te kiezen en er mogelijk ook iets mee te winnen valt. Natuurlijk onder voorwaarden en met oog voor matching en draagkracht.

4.3 Detentie- en behandelklimaat

Het detentieklimaat in de inrichting zal over tien jaar wezenlijk anders zijn dan de afgelopen jaren het geval was. Eerder schreef ik³³: ‘Van behandeling in de penitentiaire setting zou het een voordeel zijn, zeggen sommigen,³⁴ dat je weet waar je aan toe bent, hoe lang je nog te gaan hebt, in tegenstelling tot behandeling in de GGz of TBS sector. Anderzijds, je zou evengoed kunnen zeggen dat het dan ook niet meer uitmaakt hoe je je opstelt als je toch geen invloed hebt op de duur van de behandeling, die domweg samenvalt met de detentie. Kortom, inertie en (schijn)aanpassing worden beloond. In de bajes heerst over het geheel genomen een sfeer van ontkenning, van leven van dag tot dag. Het gaat om overleven. Je kunt maar het best alles over je heen laten gaan en je niet teveel bezig houden met wat er buiten de gevangenis gebeurt. de behoefte aan verdoving, in het gunstigste geval afleiding, is dan ook groot. Het sterk versoberde regime versterkt en bevestigt deze cultuur. Het hele systeem, de controle, de elektronische beveiliging, het beperkte

³¹ Het marktdenken in het Verenigd Koninkrijk heeft sinds 1992 (!) ook het gevangeniswezen bereikt; de resultaten in termen van kosteneffectiviteit vallen niet mee (Coyle, 2006).

³² Post, Stoltz & Miedema, 2007. In de detentiecentra is dat nog niet zo duidelijk.

³³ Daniëls, 2006, p. 654.

³⁴ Kommer, 2000.

contact met buiten, de beveiliging en monitoring en, zoals dat zo mooi heet, beperkte gemeenschap en een steeds langer verblijf achter de deur, dat is nu niet bepaald het klimaat om gemotiveerd te raken voor behandeling of om het echt anders te gaan doen.’

Anno 2018 zal er meer ruimte zijn voor het nemen van eigen verantwoordelijkheid, zal het belang van motivatie en inzet wegen en zal er een selectief behandelaanbod gelden, althans waar het op recidive gericht is. Niet iedereen zal een dergelijke behandeling ‘zo-maar’ meer worden aangeboden.³⁵

Het zal zaak zijn de monotonie en het eindeloze wachten te doorbreken. Daar wordt echt niemand beter van. de depersonaliserende omgeving van de huidige moderne penitentiaire inrichting – beton, staal en kunststof – en het systeem van camerabeveiliging – deels ten koste van personele beveiliging – zijn buitengewoon ontmoedigend om aan welke vorm van behandeling dan ook te beginnen.³⁶ de gedetineerde zal, naar ik verwacht, ook meer invloed krijgen op de aard en duur van zijn straf. Waar tot nu toe de vervroegde in vrijheidstelling (VI) als een min of meer verworven recht werd gezien³⁷ zal die zich ontwikkelen tot een te verdienen voorrecht en kunnen motiveren tot deelname aan behandeling. Natuurlijk, hoe zeer deze extrinsieke motivatie onder voorwaarden tot onvoorwaardelijke en intrinsieke resultaten zal leiden valt niet met zekerheid te voorspellen. Wel is zeker dat de eenvoudige principes uit de therapeutische gemeenschap en de gedragstherapie kansen bieden. Niet alleen voor patiënten maar ook voor de modale gedetineerde.

We zullen een verdere ontwikkeling zien van Best Practices en nieuwe vormen van kwaliteitstoetsing. In het elektronische persoonsdossier zullen dan ook de gegevens beschikbaar zijn uit het Justitieel Documentatieregister en van buiten onze landsgrenzen. Pro Justitia rapportage zal veel meer op behandeling gericht zijn en denkbaar is dat over tien jaar er ook in het gevangeniswezen observatiemogelijkheden zullen zijn ontstaan.

4.4 Organisatie en werkwijze

Het ligt in de lijn der verwachting dat er anno 2018 een getrapt systeem van zorg zal zijn met op elke locatie van het gevangeniswezen, althans intramuraal, een goed ontwikkeld systeem van basiszorg, inclusief een afdeling voor meer intensieve zorg en bescherming, met zo’n 24 plaatsen en goed ‘bemand’ (Extra Zorg Voorziening, EZV). Penitentiaire psychologen en psychiaters van het NIFP zullen er als justitieprofessionals samenwerken. Op indicatie kan de GGz worden ingeschakeld. In totaal zullen er zo’n 500 EZV plaatsen zijn.

Voor de continuïteit van zorg, inclusief de materiële voorwaarden zullen SPV’ers en medisch maatschappelijke dienstverleners (MMD), naast de dan inmiddels ook weer in het gevangeniswezen teruggekeerde reclassering zorg dragen. Screening en signalering van psychiatrische problematiek aan de voordeur zal door een SPV’er gedaan worden, die daarmee van het begin van detentie tot na ontslag betrokken is bij een zorgtraject gericht op continuïteit. Momenteel wordt er gewerkt aan een screeningssysteem dat ook door getrainde leken als penitentiaire inrichtingswerkers te gebruiken is. Dat zal worden ingezet

³⁵ Vanuit het juridische veld zullen hier nog wel de nodige kritische kanttekeningen bij worden geplaatst.

³⁶ Te bedenken valt daarbij dat de gedetineerde welhaast per definitie van het ene moment op het andere geïsoleerd werd van zijn omgeving, zijn relatie, zijn gezin; overigens betekent deze breuk ook nogal eens een onderbreking van het proces van verloedering.

³⁷ Na ommekomst van twee derde van de gevangenisstraf wordt in het huidige systeem de gedetineerde als welhaast vanzelfsprekend in vrijheid gesteld.

bij elke binnenkomende gedetineerde met focus op psychopathologie, in het bijzonder ook suïciderisico en met oog voor specifieke somatische risicofactoren in detentie als HIV, hepatitis of tuberculose; in hoeverre hier ook criminologische risicofactoren mee in kaart zullen worden gebracht is nog onzeker. Zo zullen de stille, volgzaam maar ernstig depressieve patiënt en de dissimulerende paranoïcus eerder in beeld komen en behandeld kunnen worden. De hier en daar wel gehoorde bezwaren de afgelopen jaren tegen het gebruik van een dergelijk screeningsinstrument, als zou het onethisch zijn omdat er immers toch geen behandeling geboden zou kunnen worden, gelden, gezien de dan beschikbare behandelmogelijkheden, niet meer; als ze al ooit wezenlijk geldingskracht hadden. Deze basiszorg is fundamenteel voor de verdere uitbouw van behandeling in detentie³⁸ en wordt geleverd door professionals van Justitie en dienovereenkomstig dan ook gefinancierd door het gevangeniswezen, buiten de DBBC-systematiek om.

Als vervolg op de basiszorg zullen er binnen detentie een vijftal³⁹ zorgcentra ontstaan met elk zo'n 100 tot 200 behandelplaatsen voor de categorie ernstig psychiatrisch gestoorde en meer of minder gevaarlijk gedetineerden. Behandelaars van Justitie zullen er samen werken met behandelaars uit het veld van de GGz en TBS. Waarschijnlijk is dat er een vorm van duaal management tot stand komt waar beheers- en behandelbeleid gebalanceerd samen gaan. De eindverantwoordelijkheid zal in handen liggen van een Justitie professional. Immers, Justitie blijft verantwoordelijk voor mensen – ook al zijn ze ziek – die tot een gevangenisstraf zijn veroordeeld en dikwijls een maatschappelijk risico met zich brengen. Binnen die zorgcentra zal overigens een goed deel van de feitelijke behandeling in principe gedaan kunnen worden door behandelaars vanuit de (forensische) GGz en TBS. Er zullen naar verwachting 2 tot 3 niveaus van zorg en beveiliging zijn. De 'zware' crisisinterventiefunctie zal vooralsnog in Amsterdam door de FOBA worden geboden. Op termijn verwacht ik dat die ook regionaal aangeboden zal worden. Overigens zal zo'n zorgcentrum niet elke gespecialiseerde en soms langdurige behandeling in huis kunnen hebben. Doel is om op stabilisatie en zo mogelijk uiteraard verbetering gerichte behandeling te bieden voor ernstige psychopathologie over een traject van een aantal maanden. Als het na die periode niet mogelijk blijkt de patiënt terug te plaatsen naar de EZV in het gevangeniswezen, zal overplaatsing naar de GGz en mogelijk TBS geïndiceerd zijn. Ik schat dat dat voor zo'n 20 tot 50 procent van de populatie nodig zal zijn, althans de komende jaren.

De primair op beheersrisico – risicovol gedrag en ontvluchtingsgevaar – gerichte afdelingen zullen overigens blijven bestaan.

Hoe in 2018 de positie van de verslavingszorg zal zijn, is nog betrekkelijk onduidelijk. Hoewel meer dan 60 procent van de penitentiaire populatie verslaafd is, is opmerkelijk genoeg een goed zorg- en behandelcircuit tot nu toe onvoldoende van de grond gekomen. Er zal de komende jaren veel in (moeten) worden geïnvesteerd, zeker nu we binnen het gevangeniswezen sinds een paar jaar de ISD maatregel kennen voor zogenaamde stelselmatige daders bij wie verslavingsproblematiek nagenoeg altijd een rol speelt. Deze maatregel kwam onder grote maatschappelijke druk tot stand. Inmiddels is duidelijk geworden dat in deze groep, die weliswaar voor een groot aantal op zich geringe delicten is opgepakt, het percentage ernstig psychiatrische stoornissen tot zo'n 80 procent oploopt.⁴⁰

³⁸ Ministerie van Justitie, 2005 (a).

³⁹ In Amsterdam, Den Haag, Vught, Maastricht en Zwolle. De huidige voorzieningen die op een twaalfstal locaties zijn gehuisvest zullen opgaan in deze zorgcentra.

⁴⁰ Quick scan bijzondere groepen, 2006.

Vooralsnog lijkt het erop dat de wetgever zich heeft verkeken op de aard en ernst van de problematiek bij deze doelgroep van chronische overlastplegers.⁴¹

4.5 Indicatiestelling Forensische Psychiatrie

De indicatiestelling forensische psychiatrie zal de komende jaren een heel belangrijke rol spelen naar ik verwacht. Het gaat hierbij om indicatiestelling – onafhankelijk, deskundig en integraal – en feitelijke (door)plaatsing van patiënten met een strafrechtelijke titel vanuit het gevangeniswezen, de TBS-sector en de (forensische) GGz. In het bijzonder zal het gaan om complexe stoornissen die klinische behandeling behoeven, terwijl ambulante behandelingstrajecten door de reclassering, de verslavingszorg en penitentiaire professionals zullen worden geïndiceerd. de verwijzing en indicatiestelling binnen het gevangenisstelsel blijven in handen van het PMO. Zowel de ambulante als de intrapenitentiaire behandelindicaties zullen achteraf, ter toetsing, het indicatiesysteem passeren. de overweging is daarbij om op die manier zicht te krijgen en te houden op het totaal aan forensische psychiatrische behandelingen. Tot nu toe is dat nog onvoldoende in kaart gebracht. We moeten hierbij wel voor ogen houden dat het gaat om indicering van de behandel- en beveiligingsbehoefte in relatie tot de ernst van de stoornis en het gevaar. Er zal gebruik worden gemaakt van een indicatieinstrument, een gebalanceerde checklist waar informatie omtrent risicofactoren, delictanalyse en psychopathologie wordt gewogen. Het blijft uiteraard aan de behandelaars zelf te bepalen hoe de behandeling nader wordt uitgevoerd. Daar gaat zo'n indicatiesysteem niet over. Het opzetten van dit systeem heeft jaren aan voorbereiding gevraagd en zal nog jaren blijvend kritische aandacht behoeven.⁴² Het zal zaak zijn om een, naar mijn mening, relatief beperkte groep van overigens zeer complexe casuïstiek zorgvuldig, deskundig en onafhankelijk te beoordelen terwijl voor het overgrote deel een weliswaar zorgvuldige maar beperkte – en in die zin routineuze – indicering nodig zal zijn.

De voordelen zijn helder. Het realiseren van behandel mogelijkheden die werkelijk equivalent zijn, waardoor de juiste patiënt op de juiste plaats en binnen een redelijke termijn behandeld wordt, het oplossen van de oneigenlijke passantenproblematiek, meer continuïteit van behandeling en inzicht in de werkelijke behoefte aan behandeling, getalsmatig maar vooral ook kwalitatief.

De risico's zijn eveneens duidelijk. Zo is het risico van bureaucratisering aanzienlijk, wanneer we bedenken dat op jaarbasis wellicht zo'n 15.000 dossiers inclusief toetsingscasuïstiek en herindicatie zullen moeten worden verwerkt.

Ook is het nog de vraag in hoeverre een op zich zorgvuldige en deskundige indicatie als autorisatie zal gelden om ook feitelijke (over)plaatsing te realiseren.⁴³

Wellicht zullen we de komende jaren vaststellen dat op sommige punten de indicatiestelling te zwaar is aangezet. Welnu, dan zullen we dat bijstellen. Het is niet de bedoeling een nieuw 'Nationaal Indicatie Instituut' op te richten. Veeleer zal het gaan om een stelsel van spelregels zo bindend als nodig en zo los als mogelijk, dat niet alléén ontwikkeld maar ook gehandhaafd moet worden.

⁴¹ Het is dan ook de vraag of deze maatregel effectiever zal blijken dan haar voorganger, die voor de Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (SOV) die heel stilletjes zonder zelfs een adequate evaluatie werd opgeheven.

⁴² Het NIFP heeft inmiddels opdracht gekregen om deze megaoperatie verder vorm te geven.

⁴³ Justitie zal zich in haar nieuwe rol als zorgkantoor hiervoor garant moeten stellen.

En gezien vanuit het perspectief van de patiënt mag een zorgvuldige afweging ook de nodige tijd en aandacht vragen. Immers, er worden beslissingen genomen die soms voor jaren zijn levensloop bepalen.

Over all, zal de continuïteit van behandeling, transmuraal, door de domeinen van het gevangeniswezen, de GGz en de TBS heen in hoge mate afhangen van het goed en soepel functioneren van het systeem van indicatiestelling forensische psychiatrie.

4.6 Recidivebehandeling

Hoe de op recidive gerichte behandeling er over tien jaar voor zal staan is onzeker.

Zeker lijkt wel dat we te doen hebben met een groeisector.⁴⁴ Een voorzichtige voorspelling kan zijn dat het centrale belang van ziekte en stoornis als risicofactor gerelativeerd zal worden ten opzichte van de impact van overige risicofactoren.

De reclassering zal op basis van risico instrumenten samen met, naar ik verwacht, de sector TBS en in het bijzonder de forensische poliklinieken en mogelijk de forensische GGz en het NIFP, gedetineerden een behandeling bieden, die gericht is op verbetering van affectregulatie en de ontwikkeling van copingmechanismen. de behandeling zal in groepen worden aangeboden waarbij de principes van straf en beloning, de inzet van drang en soms ook dwang en het gebruik van elektronica, om ook buiten de muren veilig te kunnen behandelen, belangrijke uitgangspunten zullen zijn. de behandeling zal overigens een meer verplichtend karakter dragen dan thans het geval is. Daarbij zal er nadrukkelijk aandacht moeten zijn voor de stok-achter-de-deur-condities. Moderne risicomanagementinstrumenten zullen daarbij nodig zijn.⁴⁵

Van een andere orde, maar daarom niet minder wezenlijk, is – zeker gezien de context waarin dit hoofdstuk wordt geschreven – de aandacht voor de plaats van de forensische psychiatrie en psychologie in de opleiding van psychiaters, psychologen en juristen. Van elke psychiater in opleiding zal worden gevraagd zich grondig te scholen op het gebied van de forensische psychiatrie. Het aanbod aan keuzestages zal verder toenemen terwijl een deelopleiding tot forensische psychiater in 2018 ‘gecertificeerd’ zal zijn.

Ook het wetenschappelijk onderzoek in detentie zal sterk toenemen. Daarbij zullen we een verschuiving zien van meer epidemiologisch en beleidsgeoriënteerd onderzoek naar onderzoek gericht op het effect van de diverse vormen van behandeling. Waar de universiteiten al sinds jaren kunnen beschikken over een (bijzondere) leerstoel forensische psychiatrie aan de juridische en medische faculteit en er sinds enkele jaren een leerstoel penitentiaire psychologie bestaat, zal anno 2018 ook de penitentiaire psychiatrie op dat niveau gedoceerd worden.

Meer speculatief van aard is de verwachting dat ook voedingssupplementen een plaats zullen krijgen in het zorgaanbod binnen het gevangeniswezen. Onderzoeksgegevens uit Engeland leveren positieve resultaten op bij jeugdige delinquenten, met name waar het gaat om agressieregulatie. Inmiddels lijken de eerste resultaten van lopend onderzoek in het Nederlandse gevangeniswezen – eerlijk gezegd enigszins tot mijn verbazing – positief uit te vallen.⁴⁶

⁴⁴ Van Marle, 2006.

⁴⁵ In het NIFP wordt een dergelijk systeem (FOTRES) voor Nederland gevalideerd en worden klinici daarin getraind. Het betreft een Zwitsers expert systeem, waarmee risicoprofiel, behandelbaarheid en behandelresultaten longitudinaal worden gewogen.

⁴⁶ Zaalberg & Nijman, 2007.

Verder lijkt de verwachting gerechtvaardigd, dat binnen het gevangeniswezen een herwaardering van vormen van psychotherapie plaats zal vinden, nu er steeds meer evidentie komt over effectiviteit van psychotherapeutische behandeling van ernstige persoonlijkheidsstoornissen.

Ten slotte, concrete projecten voor de komende jaren zullen mogelijk zijn, de ontwikkeling van een penitentiaire psychogeriatrische voorziening – en wellicht een hospice? – voor de sterk groeiende groep ouder wordende gedetineerden die verzorging en verpleging behoeven.⁴⁷

En als de emancipatoire trend zich voortzet dat we steeds meer vrouwen in het penitentiaire zorgsysteem zullen zien – van wie een aantal met (heel) jonge kinderen – dan zal de verdere ontwikkeling van moeder en kindeenheden – momenteel kennen we er twee – nog de nodige aandacht vragen.

Over de situering van longstay voorzieningen van TBS-gestelden in het gevangeniswezen is het laatste woord nog niet gezegd. Vanuit overwegingen van efficiency valt daar aan te denken; maar in hoeverre er een humaan woon- en leefmilieu voor lange tijd, wellicht levenslang, binnen de muren van het gevangeniswezen te realiseren is lijkt me zeer de vraag. Zeker als we bedenken dat de notie van ‘uitbehandeld zijn’ ten principale een beperkte houdbaarheid heeft.

5. Conclusie

Er zal de komende tien jaar veel veranderen. de belangrijkste ontwikkeling is misschien wel deze dat het niet meer vanzelfsprekend zal zijn dat taak en positie van het gevangeniswezen ‘gewoonweg’ bepaald worden door een weliswaar humane maar vooral veilige tenuitvoerlegging van gevangenisstraf. Vragen over doel en effectiviteit en de plaats van zorg en behandeling in detentie worden opnieuw nadrukkelijk gesteld.

De integratie van het gevangeniswezen met het veld van de GGz en de TBS zal leiden tot nieuwe vormen van transmurale behandeling en het gevangeniswezen uit zijn relatieve maatschappelijke isolement halen. de aandacht zal in toenemende mate gaan naar kwaliteit van zorg en behandeling na jaren van groei maar ook meer van hetzelfde. We zullen een verdere differentiatie zien van zorg voor de individuele patiënt- de penitentiaire psychiatrie – en van behandeling en training gericht op vermindering van recidive.

Het behandel- en bejegeningssklimaat in detentie zal meer ruimte laten voor eigen verantwoordelijkheid en autonomie van gedetineerden.

En we zullen zien dat er andere vormen van vrijheidsbeneming en detentiefasering zullen ontstaan, waarbij de detentie, maar vooral ook behandeling, binnen én buiten de muren, zal worden uitgevoerd.

Over all, valt te verwachten dat de aandacht voor de forensische psychiatrie, in het bijzonder zoals die in detentie voorkomt, zal toenemen. Ik zie dat als een uiting van beschaving; namelijk om juist daar goede zorg en behandeling te bieden waar mensen – in dit geval gedetineerden – niet voor zichzelf kunnen zorgen vanwege én hun ziekte én de vrijheidsbeneming. En daarmee te voorkomen dat er een dreigende tweedeling ontstaat in de psychische gezondheidszorg voor enerzijds de nette burgerij en anderzijds de donkere onderwereld.

⁴⁷ Naar verwachting zal die groep de komende 10 jaar zeer sterk toenemen in detentie tenzij er aanwijzingen zijn voor een verhoogd suïciderisico. (Verhagen, 2005; Bleeker, 2003).

Ten slotte, bezuinigingen zijn onontkoombaar en versobering is niet per definitie slecht. Belangrijke ontwikkelingen zoals indertijd de opkomst van de therapeutische gemeenschap en de groepstherapie zijn juist – en mede daardoor – in tijden van grote schaarste ontstaan. De vernieuwing van de forensische zorg is niet los te zien van verdere rationalisering van het gevangeniswezen, maar het zal zaak zijn goed in het oog te houden waar efficiency op korte termijn de effectiviteit op langere termijn zal aantasten.

Aan de voorspelling hoeveel cellen we nodig zullen hebben in 2018 zal ik me niet wagen. Maar over de vraag hoe behandeling in en buiten detentie er dan uit zou kunnen zien blijf ik graag nadenken.

Personalia

D.Daniëls is werkzaam als psychiater en lid Directieraad bij het Nederlandse Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP) te Utrecht, en Psychiatrisch Adviseur van het Gevangeniswezen. Hij is tevens werkzaam als psychiater en psychoanalyticus bij de Gelderse Roos Arnhem.

Aangehaalde literatuur

Bleeker 2003

J.A.C. Bleeker, 'Ouderen met psychiatrische stoornissen in detentie', in: T.I. Oei & M.S. Groenhuijsen (red.), *Actuele ontwikkelingen in de forensische psychiatrie*, Kluwer Deventer, 2003, p. 411-426.

Bleeker & Stalman 2007

J.A.C. Bleeker & P.F.A. Stalman, 'Psychiatrische voorzieningen in het gevangeniswezen', in: B.C.M. Raes & F.A.M. Bakker (red.), *de psychiatrie in het Nederlandse recht*, uit. Kluwer Deventer, 2007, p. 161-173.

Bulten, Van Tilburg & Van Limbeek 1999

B.H. Bulten, W. van Tilburg & J. van Limbeek, 'Psychopathologie bij gedetineerden', *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 1999, 10, p. 575-585.

Broers 2002

P.J.M. Broers, *Eindverslag Project: 'Indicatiestelling in de forensische psychiatrie'*, Trimbos Instituut, Utrecht, 2002.

Coyle 2006

A. Coyle, 'Does Custodial Sentency work?', Prison Conference, 8 december 2006, Edinburgh, Int. Centre for Prison Studies Kings College University London.

Currie 2007

E. Currie, *The End of Justice: Tenth Anniversary Lectures of the International Centre for Prison Studies*, Kings College University London, march 2007, www.prisonstudies.org.

Daniëls 2006

D. Daniëls, 'Behandeling in detentie anno 2006: van binnen naar buiten', in: T.I. Oei & M.S. Groenhuijsen (red.), *Capita Selecta van de Forensische Psychiatrie, anno 2006*, Kluwer Deventer, 2006.

Fazel & Danesh 2002

S. Fazel & J. Danesh, 'Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys', *The Lancet*, 2002, 359, p. 545-550.

Hart & Hemphill 2002.

S.D. Hart & J.F. Hemphill, 'Psychopathic Personality Disorder: Assessment and management', in: E. Blaauw & I. Sheridan (eds.), *Psychopaths, current international perspectives*, Den Haag: Elsevier 2002, p. 15-37.

Kommer 2000

M.M. Kommer, 'Open deuren of stof tot nadenken', *Sancties*, 6, 2000, p. 330-340.

Commissie Houtman 2005

Commissie Houtman, 'Besturing van financiering van zorg in strafrechtelijk kader', advies interdepartementale werkgroep, Ministerie van Justitie en VWS en Financiën, Den Haag, 10 mei 2005.

Van der Laan 2004

A.M. van der Laan, *Weerspannigheid en delinquentie. Een toetsing van Shermans 'defiance'-theorie als een algemene verklaring voor de averechtse werking van sanctioneren* (diss. Nijmegen), Wolf Legal Publishers 2004.

Van Marle 2006

H.J.C. van Marle, 'Forensische zorg en forensische psychiatrie', *Sancties*, 3, 2006, p. 149-161.

Van Marle & Nijman 2007

H.J.C. van Marle & H.L.I. Nijman, 'Behandeling en verlof bij gedetineerde psychiatrische patiënten: effecten op recidive', *Sancties*, 2007, 6 (in druk).

Mevis 2006

A.M. Mevis, 'Gevangeniswezen, TBS en GGZ: goede aansluiting, regievoering en verkeer ontzuiling gewenst', *Sancties* 2006, 7, p. 719-727.

Ministerie van Justitie en VWS 1996

Rapport werkgroep Forensische Zorg, 'Het gevangeniswezen en de geestelijke gezondheidszorg', Den Haag, Ministerie van Justitie en VWS 1996.

Ministerie van Justitie 2001 (a)

Deelrapport nr. 4 'Preklinische Interventie', verbeterproject TBS Terecht, Den Haag: Ministerie van Justitie 2001.

Ministerie van Justitie 2001 (b)

Nota 'Zorg om Zorg', inventarisatie knelpunten rond de zorg van psychisch gestoorde gedetineerden, Den Haag: Ministerie van Justitie 2001.

Ministerie van Justitie 2003

Visieplan 'De Nieuwe Inrichting 2003', Den Haag: Ministerie van Justitie, DJI 2003.

Ministerie van Justitie 2005 (a)

Concept rapport 'Van basiszorg naar penitentiaire zorg', Den Haag: Ministerie van Justitie, DJI 2005.

Ministerie van Justitie 2005 (b)

Ministerie van Justitie 2007

Nota Capaciteitsontwikkelingen DJI 2007-2012, Den Haag, Ministerie van Justitie, juli 2007.

Nijman 2005

H.L.I. Nijman, *Kunnen we delinquenten niet beter behandelen?* (oratie Radboud Universiteit Nijmegen), 2005.

Post, Stoltz & Miedema 2007

B. Post, S. Stoltz & F. Miedema, W.D.O.C., Ministerie van justitie 2007. Evaluatie detentieconcept Lelystad.

Quick scan bijzondere groepen in het gevangeniswezen

DJI, sept. 2007.

Rapport Parlementaire Onderzoek TBS 2006

Den Haag, SDU.

Schoemaker & Van Zessen 1997

G. Schoemaker & G. van Zessen, *Psychische stoornissen bij gedetineerden*, Utrecht: Trimbos Instituut 1997.

Verhagen 2005

J.J.L.M. Verhagen, *Waar vrijheid ophoudt en weer kan bestaan*, DJI, Ministerie van Justitie, Den Haag, p. 379.

Verheul, 2007

R. Verheul, *Persoonlijkheidspathologie, de laatste stand van zaken*, studiedag, 4 oktober 2007, Utrecht.

Wartna, Baas & Beenackers, 2004

B.S.J. Wartna, N.J. Baas & E.M.Th. Beenackers, *'Beter, anders en goedkoper, een literatuurverkenning ten behoeve van het traject Modernisering Sanctietoepassing'*, in: WODC, Memorandum 2004-1.

Zaalberg & Nijman, 2007

A. Zaalberg & H.L.I. Nijman, Effecten van voedingssupplementen op agressie, regelschennend gedrag en psychische klachten van jongvolwassen Nederlandse gedetineerden, DJI i.s.m. Radboud Universiteit Nijmegen, mei 2007, Den Haag/Nijmegen.

Nota 'Straf en Zorg: een paar apart. Passende interventies bij delictplegers met psychische en psychiatrische problemen' (advies 41), 2007, Uitgeverij SWP, Amsterdam, Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.

Nota 'De Zorg voor gedetineerden met een ernstige psychische stoornis of verslaving, Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, april 2007.

The subjective and normative care requirements of prison inmates*

B.H. Bulten, M.P.L. Schoenmakers en T.I. Oei

1. Introduction

In the Netherlands, there is great interest in the issue of care during detention. Politicians, the government and professionals all contribute to this increasing interest. In addition, but also in part opposed to this development, is the tendency toward being tougher on crime and tougher in sentencing.

The rapid increase of inmates with serious psycho-medical problems since the 1990s constituted the initial stimulus for a stronger emphasis on mental health care during detention. Just as in many other 'Western' countries, the inmate population in the Netherlands has become increasingly psychotic, depressive, and drug addicted.¹ It is logical, then, that this high prevalence raises questions regarding necessary care of these inmates with mental health problems. The professionalization of health care within the penal system added extra impetus to these questions. These issues did not take into account the question as to whether these inmates themselves actually feel a need for care or treatment. Lack of insight concerning their illness, suspicions or bad experience with health providers, for example, may influence this need. Out of necessity, as an *ultimo refugium*, the prison system has adapted itself as best it could to these circumstances. Basic prison mental health care programs and facilities were developed. Linking this mental health prison service with the non-penal mental health care system remains particularly problematic, however.² Furthermore, the effectiveness of treatments aimed at reducing recidivism, perceived rather pessimistically in the 1990s, began to be seen in a more optimistic light. The 'What works' program provides a conceptual and theoretical framework for this. Many policy initiatives designed to reduce recidivism were presented.³ Society's welfare and safety are of central concern; factors conducive to crime dominate, as do the expected results in terms of lowering recidivism rates. In contrast to issues of treatment within the framework of mental health care, social concerns are the point of reference here. Rather than mental illness, the 'social unsuitability' of the inmate has become the prime focus.

Both developments support the policy of treating inmates. Health care professionals have taken the lead in mental health care, while questions from a society that does not feel safe play an important role in treatments designed to reduce recidivism. What do inmates think about these developments, however? Which kind of needs do they experience and express? Empirical data on the type of need are rather scarce. In this article we try to integrate some existing empirical data, the inmate's and the professional's perspective, issues on mental health care, and the reduction of recidivism in a more comprehensive

* This contribution is (with permission of the editors) based on: B.H. Bulten & M.P.L. Schoenmakers, 'Toenadering en vermijding. Over mogelijkheden en beperkingen van penitentiaire geestelijke gezondheidszorg', *Proces*, 2003, p. 32-42.

¹ Bulten 1998; Fazel & Danesh 2002; Andersen 2004.

² Zwemstra et al., 2003.

³ McGuire, 1996.

model, taking into account the complexity of the prison situation. But first of all, we will discuss the literature about prisoners' need for care.

2. Need for care

Many inmates complain that they do not feel well and that they suffer from psychological problems. This kind of complaint can just as well be caused by factors relating to an inmate's characteristics, including (temporary) adjustment problems and the effects of imprisonment.⁴ A significant proportion of these inmates suffer from emotional disturbances or psychiatric conditions. The prevalence of these kinds of mental disturbances is high.⁵ For instance, in a large prison survey the prevalence of psychoses was over 10 times greater than in the community.⁶

From the professional's perspective, these prevalence figures represent a potential high need for care. Research, however, has revealed a significant contrast between the prevalence of psychiatric disturbances and health care received.⁷

Dutch research into young adult prison inmates showed that mental health-oriented care requirements (determined with standardized research instruments) were considerably greater than was provided. This varied per diagnosis with inmates with anxiety problems, in particular, who make little use of the Dutch penal mental health care.⁸ Excepting the possible inability to recognize the problem, the reasons not to seek care appear to be stronger than motives for getting it. Teplin showed that in a US jail for remand prisoners 62% of the severe mentally ill inmates remained undetected by standard procedures.⁹ Diverse European studies indicate that the need for immediate essential and urgent psychiatric care is estimated at 6% to 12%, of which current care covers only a part.¹⁰ These percentages vary according to illness and nation.

A North American study of some 3600 inmates revealed that 45% of those with significant psychiatric or psychological problems were not treated by penal mental health services. Gender, ethnicity, education, and potential stigmatization are evidently associated with seeking mental health care. Male inmates were especially unlikely to ask for help.¹¹

In many of these studies, the need for essential psychiatric care is established via structured and standardized research instruments. Yet normative needs determined by professionals -not by means of standardized research instruments- generate different percentages. Dutch penal psychologists were asked whether there was need for psychiatric or psychological help for inmates.¹² In case of roughly one in every eight inmates this question was answered affirmatively (12%). Birmingham et al.¹³ established that professionals believe that 30% of prison populations require mental health care, while Brooke¹⁴ found

⁴ Harding, 1989; Blaauw et al., 1997; Bulten, 1998; Andersen, 2004; Bulten et al., (under construction).

⁵ Brinded et al., 2001; Fazel et al., 2002; Andersen, 2004.

⁶ Brugha, et al., 2005.

⁷ Gunn, et al., 1991; Birmingham, et al., 1996; Bulten, 1998; Schoemaker & Van Zessen, 1997, Blaauw et al., 2000; Andersen, 2004.

⁸ Bulten, 1998.

⁹ Teplin, 1984.

¹⁰ Blaauw, 2000.

¹¹ Steadman et al., 1991.

¹² Schoemaker & Van Zessen, 1997.

¹³ Birmingham et al., 1996.

¹⁴ Brooke, 1996.

this to be 55% in a similar population. The exact definition of essential care varied in these studies.

The focus in the former research was on mental health. Although mental health problems have become characteristic for prison population, the issue of need for treatment or care in relation to re-offending is also very important. In England, the Offender Assessment System (OASys Two) was developed in order to assess those personality deficiencies which lead to crime. In the Netherlands, based on the OASys, a prevalence of 40-60% minor to severe criminogenic needs was reported.¹⁵ Psychological problems, working career problems, friends and activities related to offending behavior, financial problems, but also drug abuse and moderate to severe problems regarding thinking were reported frequently. This is in line with conclusions that, in general, prison populations show a wide range of so called criminogenic needs.¹⁶ From a societal perspective, this is an important conclusion. Partially as a consequence of this, about 75% of the Dutch ex-prisoners commit another registered crime within the period of eight years, underpinning the necessity of this focus on reducing recidivism. It is beyond the scope of this paper to discuss exhaustively the way factors that contribute to crime amongst inmates were determined.

The prevalence of criminogenic needs, assessed and established by research or professionals, does not tell us if the inmate perceives similar kinds of need. We thus come to the question whether inmates themselves feel the need for care or help.

In general, we know very little about this subjective need for care or help. This is not only true with health care problems, but also in the case of recidivism. However, there is some information on the subjective general health care needs of inmates in the Netherlands.¹⁷ A quarter of a group of inmates that were interviewed required a physician or other health professional during their incarceration, though they did not actively seek help. Inmates reported that the most important reasons for not seeking help were that they preferred to solve the problem themselves, that they did not believe anyone could help them, and that they 'had little faith in the available help'. Fear of being stigmatized was hardly mentioned at all. This data is based on a small group of inmates (n=32). Morgan et al. did also not present exact figures on specific needs, but pointed out that the subjects in their study presented a variety of issues or problems, with a preference for individual counseling, provided by a well-trained professional.¹⁸ So, in general there is little information about the way inmates perceive need for care.

What about the process of seeking help? The empirical data in this matter are scarce as well. Deane et al. conducted one of the few studies of the intentions of inmates to seek help in relation to their attitudes toward help professionals, fear of being helped, and emotional complaints.¹⁹ Deane thus did not conduct his work as part of treatments aimed at reducing recidivism. A sample of 111 male inmates in a New Zealand prison was divided between those with personal-emotional problems and those with suicidal thoughts. Statistical analysis revealed that attitudes regarding mental health assistance were the only significant predictor of whether inmates really intended to ask for help. A positive attitude increased the chance of seeking help. Inmates who had received assistance earlier and found it helpful had a more positive attitude toward treatment. Strikingly, fear of

¹⁵ Vogelvang et al., 2003.

¹⁶ Loza & Simourd, 1994; Hollin et al., 2003.

¹⁷ Schoemaker & Van Zessen, 1997.

¹⁸ Morgan et. al., 2004.

¹⁹ Deane et al., 1999.

treatment and the degree of perceived psychic illness were not significant in this regard. It is also notable that inmates with personal-emotional problems were more likely to report for treatment than those with suicidal tendencies. This study reported a low response and a relatively small sample. Yet these investigators felt that the research material and the analyses provided sufficient reason to conclude that it was reasonably representative for male prisoners.

In a much larger sample Skogstad et al. also assessed the intentions to seek help for personal-emotional problems.²⁰ The general attitude to seeking professional psychological help influenced the intentions to seek help, as did interpersonal factors like social pressure. Intentions to seek help were also higher with older prisoners and those who had previous contact with a psychologist outside the prison. Most of the research focuses on male detainees.

In addition to the strong impression that men in general have a more negative attitude toward asking for assistance, that they keep more to themselves, and evidence of greater tendency to mask personal vulnerabilities, the influence of general prison culture is emphasized. This culture consists primarily of competition, aggression, and limited emotional sincerity. In a prison's hard environment, seeking help is likely to be seen as weak, a sign of vulnerability, and inappropriate.²¹

Some conclusions can be drawn from this research. First, definitions of care differ a great deal. Secondly, the way prevalence of need for care is administered depends on various viewpoints: the subject's, the professional's, or society's.

The overall conclusion is that the goals involved in care definitely differ and that there is no sound framework that contains well-defined concepts and accounts for the complexity of care in prison. In the next part of this article we will focus on the definition of some concepts.

3. Definition of concepts

What is the need for help; what is care; and what are care requirements? Who defines the term care and from what perspective; what is care's goal? Does the welfare of the inmate, the prison environment, or society take precedence?

First of all, the term care could be defined as an intervention or set of interventions whose goal is the prevention of -or recovery from- mental illness, limiting the consequences of the illness, as well as making chronic illnesses or ailments bearable.²² Care can be provided through treatment, counseling, nursing, and the protection and promotion or maintenance of general health. This definition also covers penal mental health care,²³ naturally with important differences in accents and limitations. In a penal institution, the maintenance and promotion of mental health, for example, should be heavily emphasized. In this article, we shall employ this specific, but also broad definition of care.

²⁰ Skogstad et al., 2006.

²¹ Deane et al., 1999; Morgan et al., 2004.

²² Donker & de Wilde, 1999.

²³ In addition to basic health care, specialized mental health care is special care differentiations within prison and the *Psychomedisch overleg* (PMO), the penal consultative structure between penal psychologists, forensic psychiatrists, medical services and sometimes social workers aimed at coordinating individual health care.

The literature offers multiple ideas and definitions of the need for care.²⁴ Bradshaw differentiates between subjective and normative need.²⁵ The subjective (or 'patient-assessed') need addresses needs as presented by the patient or inmate, while normative ('provider-assessed') need is determined by the clinician or care provider.

Bradshaw also divides the subjective category in need that is merely felt (and not acted upon) and need that the patient asks for. At the moment that care is requested, the question becomes important whether care is available and, in particular, whether it is appropriate.²⁶ This refers to the suitability of a specific approach for a patient with certain clinical symptoms.²⁷ An appropriate treatment is one which, in the end, provides a net increase in health, as compared to any other possible course of action, including no treatment at all. The most appropriate treatment is 'evidence based'. But also, there is the difference between treatment that is 'clinically' appropriate ('evidence based') and treatment that is suitable for ethical or juridical reasons ('normative based').²⁸ And it is necessary to be aware of this difference, especially in a forensic context.

4. Motivation, approach and avoidance

As previously noted, psychological complaints and psychiatric morbidity do not automatically result in the application of medical care. In the general Dutch population, approximately one in seven people with psychological problems actually check themselves into a mental health institute.²⁹ Many factors play a role in this, including the nature and seriousness of the disturbance, gender, demographic variables, health care availability, earlier experiences with mental care professionals, socio-economic status, but also motivation.

The concept of (treatment) motivation is often linked to an individual need for help or care and the process of help seeking. Although motivation is an important concept in this matter, several researchers underline the conceptual ambiguity of the concept of motivation.³⁰ In an effort to overcome this ambiguity, Drieschner et al. developed an interesting model in which internal determinants of treatment motivation (level of suffering, outcome expectancy, problem recognition, perceived suitability of the treatment, external pressure and perceived costs of the treatment) contribute to a motivation in treatment engagement.³¹ Apart from this, motivation is also influenced by external factors like events in the patient's life, available resources, external pressure, etc.

The Transtheoretical Model matches different types of interventions with different stages of change and different levels of problems. It identifies five typical stages in a change process: precontemplation, contemplation, preparation, action and maintenance.³² Although the empirical evidence for this model is limited this model seems to be useful to describe some aspects of the change process.³³ However in this contribution we will focus on different theoretical perspectives.

²⁴ Wiersma et al., 1999.

²⁵ Bradshaw, 1972.

²⁶ Phelps, 1993.

²⁷ Willemse et al., 2000.

²⁸ Van Kordelaar & Bulten, 2005.

²⁹ Wiersma, et al., 1999.

³⁰ Drieschner et al., 2004.

³¹ Drieschner et al., 2004.

³² Prochaska & DiClemente, 1982.

³³ Sutton, 2001.

The model of Drieschner et al. on motivation shows the complexity of the concept of motivation and the 'struggle' between determinants to engage in treatment and determinants to avoid such an engagement, and seems to be in line with another theoretical framework: the approach-avoidance model.

It appears very likely that the decision to reach out for help is determined in part by the conflict between tendencies toward approach and avoidance. This tension can be seen as a classic approach-avoidance conflict, in which the tendency to seek out care (approach) appears to increase as psychological problems and subjective feelings of ill-health grow.³⁴ However, avoidance tendencies, grow even stronger during this process. The factors that produce avoidance (e.g., stigma, fear of care, cost) weigh more heavily as one approaches the 'feared' or 'hoped for' goal.

Kusher and Sher had a non-criminal population in mind when they developed their model. Nevertheless, there is no reason to presume that this approach-avoidance as such is not applicable to prison inmates.³⁵ This population, too, has motives to seek out help (emotional disturbance, mental suffering, danger of recidivism, family pressure, or other stresses, etc.) and equally strong reasons to avoid assistance (e.g. fear of care, fear of being labeled mentally ill, distrust, cost, etc.).³⁶

5. An integrative model

The approach-avoidance conflict, the difference between care for mental health problems, care or help provided to reduce recidivism, and expected effects are integrated in a model (see figure 1).

The entire process begins with the question as to whether there is mental suffering and/or the awareness that without care the possibility of recidivism is substantial. However, is the inmate suffering? Does he have emotional complaints and/or difficulty admitting them? Is he aware of the risk of reoffending, if no help is accepted? All kinds of behavior and symptoms can deviate from the prevailing norm; one of the issues is whether the inmate experiences these as egodystonic. Absent suffering and missing, egodystonic forms of behavior or symptoms, the inmate will probably not experience a need to seek help. Yet even when they do have complaints and experience suffering, inmates do not necessarily feel the need seek help.

When they do feel this need, the approach-avoidance conflict influences the decision of whether help is actually sought. Questions about care can subsequently be transformed into behavior aimed at getting help. The motivation to engage care is followed by actually seeking it.

A normatively determined need does not necessarily imply that, likewise, there is a subjectively determined need for care. But even if a psychotic inmate may not feel any need for treatment, health care professionals may well judge psychiatric-medical treatment to be imperative. In treatments designed to reduce recidivism, it is also not implausible that inmates assess risks and recidivistic tendencies differently than do professionals. All these different options are shown by this model.

Likewise, Figure 1 indicates the difference between whether the goal of mental health care treatment is designed to improve mental health (in which case the disturbance and its treatment are central; Mental Health Care (MHC)) or to limit recidivism (in which case

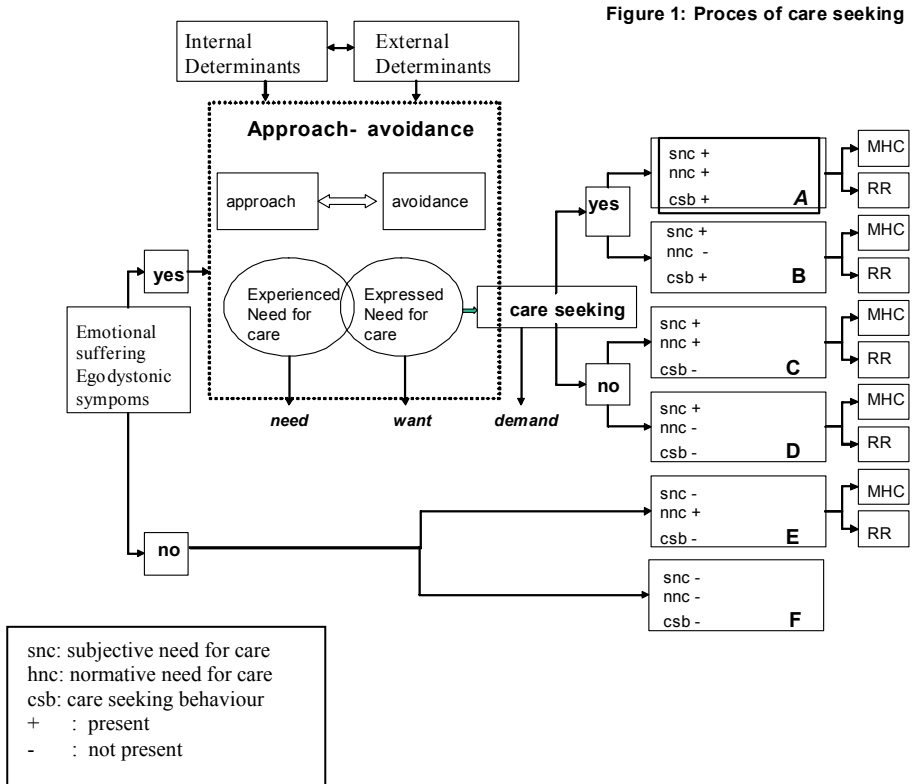
³⁴ Miller, 1944; Kusher & Sher, 1989, 1991.

³⁵ Kusher & Sher, 1989, 1991.

³⁶ Mathias & Sindberg, 1985; Mobley, 1999; Kupers, 2001; Morgan et al., 2004.

societal safety is a central concern). This is indicated as Reducing Recidivism (RR). These two goals are not, however, mutually exclusive.

In order to avoid confusion when discussing desirability, necessity, effectiveness, and the goal of treatment in prison, it is of importance to clearly define concepts, to make the entire process transparent, and to carefully differentiate between various treatments' goals. The chart below (see figure 1) displays these in a way designed to facilitate comprehension.



In the next part of this article we focus on the Dutch situation as an example, using this model and further analyzing the complexity of providing care in prison.

The Dutch forensic setting

The chart presented should serve as a guideline for the following discussion. With the help of this chart we now move to a discussion of the different combinations of subjective and normative care, and the patterns of seeking care.

A: Subjective and normative care requirements and patterns of seeking care

The most ideal situation in which an inmate can formulate a health care request is when the subjective need coincides with the normatively established need (see A, chart 1). The 'struggle' of the inmate between avoidance and approach tendencies resulted in actually seeking help. In that case, health care provider and recipient are in agreement about the terms of treatment. The specific health care goal must then be formulated, so an impor-

tant question still remains: whether effective, appropriate (evidence based) care is available and feasible. In Dutch prisons, about 26% of the detainees in general, non-special wards receive some kind of mental health care for psychiatric problems and/or their drug abuse, mostly voluntary.³⁷ In most of those cases there is agreement between the care provider and the detainee.

In this formulation of the ultimate health care goal (agreement), one must be clear as to what is more important: the common good (prevention of recidivism), or the psychiatric issue and mental illness. In practice, this differentiation cannot always be made distinctly, particularly when normative and subjective needs match, or are strongly intertwined. It is, nonetheless, expedient to accentuate these differences, keeping the goal in sight, while also discussing it with the inmate.

B: Subjective need for care including seeking help, no normative need

An inmate can experience the subjective need for health care or help, while the professional health care provider has a different view. The reasons of the inmate to seek care outweigh those of not doing so. On professional grounds, the health care provider is reluctant to give this care. This constitutes a lack of normative need (see B, figure 1). This can take place with mental health care as well as with the reduction of recidivism. The inmate wants help, but the professional does not see evidence of illness or does not see treatment as a possible answer to the subjective need. Naturally, intensive and careful contact must take place between the inmate and the professional, but it is not out of the question to think that a difference can remain nonetheless. In contrast to non-prison populations, Dutch inmates' options to ask for help at a different location, from other professionals, are rather limited.

C+D: Subjective need for care without seeking help, with or without a normative need

The chart differentiates between experiencing the need for help, asking for help, and actively searching for help. This is a relevant difference. A subjective need for care can exist which is never expressed (see C and D, chart 1). Filters within the penal system, care and treatment operations, and inmates themselves cause this difference (filter theory). The balance between internal and external determinants to express a need and seek help, results in some way in hiding this need. Do the expected benefits (e.g. reduction of suffering) outweigh the expected costs (e.g. effort, (self)image, costs)?

It is plausible that a safe, humane and positive psychosocial penitentiary climate is an influence on these filters. In practice, environmental influence on patterns of seeking care can indeed be quite complex, however. Thus, on the one hand, we can expect that, in an optimal situation, some basic health care questions are answered on the 'work floor' by members of the staff. On the other hand, it is obvious that, in such a situation, inmates also have more confidence to voice their subjective need for help to professional care providers like psychologists, psychiatrists, nurses or social workers. In contrast, a poor psychosocial climate may generate health questions, yet paradoxically such an environment would discourage their expression. We still lack specific knowledge of these mechanisms. However, it is obvious that the staff members have a large role in creating and maintaining a proactive, protective, preventive and positive climate in which inmates feel more or less free to express their subjective need.³⁸

³⁷ Bulten et al. (under construction).

³⁸ Dvoskin & Spiers, 2004.

This group of inmates (subjective need for care without seeking help, with or without a normative need) also raises questions concerning quality of counseling, available information about care, accessibility to care, the quality and quantity of care providers, observation and systems of case finding and screening within the prison. After all, within this group there is mental suffering and a need for care. This is certainly so when normative need is expected (for instance based on the observations by the staff), and the health professional finds that there is probable indication for treatment. Care has to be 'outreached' in these cases.

From the mental health perspective, the 'poignant, languishing, care needy' patients are of prime concern. From the perspective of curbing recidivism, this group is important because these inmates have a not expressed need for care in this terrain – a need which is also confirmed normatively. The challenge is in how to find, stimulate, and motivate these people to actually need care, want care, but also to express this need.

E: No subjective need for care and no help sought, with a definite normative need

The chart makes clear that the possibility exists that an inmate makes no complaint, while in fact a strong normative need for care exists (see E, chart 1). In penal health care, one finds this situation occurring frequently with seriously mentally disturbed inmates. For example, an inmate's ability to realize he is sick may be absent, physical complaints may be experienced egosyntonicly -or their origins may be sought in the environment.

In the most troubling and acute cases, inmates in the Netherlands are sent to special psychiatric wards where, when needed, forced medication is administered under strict conditions. The staff's role in these special facilities is crucial. They contribute strongly to the reduction of human suffering, to the maintenance of order and security, reduction of prison-like stressors, thorough observation, referral and supporting psychological and psychiatric treatment.³⁹

In extraordinary situations, this can also take place outside of these sections. Transfer to a psychiatric hospital can be considered as well, although this is extremely difficult in practice.⁴⁰

So far, concerning severe mental health problems, under the aegis of reducing recidivism, the health care professional can estimate the normative need (criminogenic needs like antisocial attitudes, antisocial behavior, antisocial/criminal thinking, lack of cognitive, social skills, drug abuse etc.) to such an extent that care seems desirable. This presumes that this care (e.g. treatment or training) can positively influence recidivism. In these cases, normative need concentrates on the reduction of recidivism.

The implementation of a normatively established need in the absence of a subjective need, concerning the reduction of recidivism within the penal system, needs special attention. In this context, treatments, and in particular treatment aimed at limiting recidivism, must be of a voluntary character. In quite a few situations, inmates experience their criminogenic needs as egosyntonic. They do not see themselves as 'socially ill' and (still) resist to treatment. In those situations it remains crucial to examine the way to motivate inmates, to determine the circumstances in which motivation can best be developed, in what way and with what kind of method the motivation development must take place. Care interventions must be carefully tailored to the learning style and skills (responsivity) of the detainee. The role of the executive personnel in this process is large.

³⁹ Dvoskin et al., 2004.

⁴⁰ Zwemstra et al., 2003; Reed, 2003.

F: Neither subjective nor normative need for care

The previous examples are of situations in which inmates either have or do not have a need for mental health care and either do or do not express it by seeking assistance. We must not forget, however, that there are also inmates who feel no need for treatment (which naturally generates no request for assistance), and that from the normative perspective there may be no reason to encourage treatment either (see F, chart 1), not for mental health reasons, nor for the reduction of recidivism. The current size of this group in the Netherlands is not known.

6 Conclusion

Inmate care is indispensable, and they have a right to it. The equivalency principle is in effect regarding this health care: care within prison walls must strive to match that outside those walls. Within this principle, sound mental health for inmates is a fundamental component.

Of course, we cannot lose sight of the societal interests in a penal context. The design and implementation of treatments to limit recidivism are desirable, but most certainly cannot act as substitutes for vital health care.

For the development of both mental health care and of treatment aimed at reducing reoffending, it is important that individual, subjective care needs are clear and well known, and that they are compared to normative needs. The formulation of goals, type of need, appropriate (evidence based) and suitable (normative based) treatment, etc. must all take place within a clearly defined framework. This article is designed to get this process going.

It is important to influence the process of expressing subjective needs and prisoners' motivation to seek help (if necessary). It is equally important to develop and maintain a psychosocial climate within the prison; a climate in which good surveillance and screening procedures function to detect prisoners with severe problems (normative need for help).

There is need for a broader theory and a conceptual framework. The approach-avoidance model can be a helpful part of such a framework, and, if related to a sound concept of motivation, be part of a broader theory about the subjective and normative need requirements of inmates.

Solving mental health problems and reducing recidivism are not mutually exclusive. However, it is important to carefully differentiate between these goals; for the inmate, for the health care system, for care providers aimed at reducing recidivism, for professional ethics, and for research in general.

Personalia

B.H. (Erik) Bulten PhD

Head Assessment, Research and Professional Development of the Pompefoundation, and senior researcher of the ACSW, Radboud University Nijmegen. The main subject of his dissertation was the prevalence of mental disorder among (young adult) prisoners. He worked for several years in the penitentiary Institutions Vught as a psychologist and was psychological advisor of the Dienst Justitiële Inrichtingen, Gevangeniszwezen.

M.P.L. Schoenmakers MA

Mieke Schoenmakers graduated in 1994 at the Maastricht University (UM) in Mental Health Sciences. After assisting in several research projects at the UM she worked as a

sociotherapist in de Kijvelanden, a forensic psychiatric clinic. In 1999 she started the post-academic education for 'gz-psycholoog', and combined this with working in the Penitentiary Institution in Vught. Since she has been working in this prison as a forensic psychologist.

T.I. Oei MD PhD

Karel Oei is professor of forensic psychiatry Tilburg University (Department of Criminal Law). He is forensic psychiatrist at the Jutters (Youth and Child Psychiatry Centre The Hague), the NIFP (Netherlands Institute for Forensic Psychiatry and Psychology), and in private practice as psychoanalyst, group- and family therapist. He is a training analyst in the Dutch Psychoanalytical Society (as part of the International Psychoanalytical Association). He has published (chapters of) books, and in national and international journals, and delivered talks at different fora, - until now, more than 430. He has 13 (promoti, supervised PhD dissertations) and 10 promovendi (PhD students). He is in the Supervisory Board of Oldenkotte, a Clinic for Detention under Hospital Order, and Secretary of the Foundation for the Chair in Psychotherapy. He is president of the Platform Psychiatrie en Recht of the Dutch Psychiatric Association (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie).

References

Andersen 2004

H.S. Andersen, 'Mental Health in Prison Populations. A review – with special emphasis on a study of Danish prisoners on remand'. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2004, p. 5-59.

Bijl & Ravelli 1998

R.V. Bijl & A. Ravelli. 'Psychiatrische morbiditeit, zorggebruik en zorgbehoefte [Psychiatric morbidity, consumption of care and need for care]'. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 1998, jaargang 76, p. 446-457.

Birmingham, Mason & Grubin 1996

L.Birmingham, D. Mason & D. Grubin, 'Prevalence of mental disorder in remand prisoners: consecutive case study'. *British Medical Journal*, 1996, 313, p. 1521-1524,.

Blaauw, Roesch & Kerkhof 2000

E. Blaauw, R. Roesch & A. Kerkhof, 'Mental disorders in European prison systems': *International Journal of Law and Psychiatry*, 2000, 23, p. 649-663.

Boone & Poort 2002

M. Boone & R Poort, 'Wat werkt (niet) in Nederland? de What Works principes toegepast op het programma-aanbod van de Reclassering. [What works (not) in the Netherlands? The What Works principles applied to available interventions of Dutch Probation]'. *Justitiële Verkenningen*, 2002, 28, p. 48-63.

Bradshaw 1972

J. Bradshaw, 'A taxonomy of social need, in: G. Mclachlan (Ed.) *Problems and progress in medical care*. Oxford University Press, London, 1972.

Brewin 1992

C. Brewin, 'Measuring individual needs for care and services' in: Thornicroft G. et al. (Eds.), *Measuring mental health needs*, Gaskell Royal College of Psychiatrists, London, 1992, p. 220-237

Brinded et al. 2001

P.M. Brinded, A.I. Simpson, T.M. Laidlaw, N. Fairley & F. Malcolm, 'Prevalence of psychiatric disorders in New Zealand prisons: a national study'. *Australian New Zealand Journal of Psychiatry*, 2001, Apr; 35(2), p. 166-73

Brooke et al. 1996

D. Brooke, C. Taylor, J. Gunn & A. Maden, 'Point prevalence of mental disorder in unconvicted male prisoners in England and Wales'. *British Medical Journal*, 1996, 313, p. 1524-1527.

Brugha et al. 2005

T. Brugha, N. Singleton, H. Meltzer, P. Bebbington, M. Farrell, R. Jenkins, J. Coid, T. Fryers, D. Meltzer & G. Lewis, 'Psychosis in the Community and in Prisons: A Report From the British National Survey of Psychiatric Morbidity'. *American Journal of Psychiatry*, 2005, 162(4), p. 774-780.

Buruma 2001

Y. Buruma, 'Sanctionering, een autonome beslissing van de rechter?'. In: K.D. Lunnerman, P.M. Schuyt en L. van Wifferen (red.), *Diversiteit van sanctionering; Nederlandse strafrechtsdagen*, Gouda Quint, 2001, p. 11-34.

Bulten 1998

B.H. Bulten, 'Gevangen tussen strafen zorg' [Caught between punishment and care] (dissertatie VU Amsterdam), Kluwer, Deventer, 1998.

Bulten, Zwemstra & Pulles 2001

B.H. Bulten, J.C. Zwemstra & H. Pulles, 'Behandeling in detentie ter vermindering van recidive' [Treatment during detention for reducing recidivism]. In: *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 2001, p. 300-314.

Bulten., de Jonge & Knol 2003

B.H. Bulten, H. de Jonge & T. Knol, 'Behandeling in penitentiair perspectief [Treatment in a penitentiary perspective]', In: T.I. Oei & M.S. Groenhuijsen, (red.). *Forensische psychiatrie anno 2003*. Kluwer, Deventer, 2003, p. 339-357.

Bulten, Nijman & Van der Staak 2008

B.H. Bulten, H. Nijman & C. van der Staak, 'Psychiatric disorders and personality characteristics of prisoners at regular prison wards', *International Journal of Law and Psychiatry*, accepted for publication.

Bulten, Nijman & Van der Staak (under construction)

B.H. Bulten, H. Nijman & C. van der Staak, 'What can we do for you, help needs among Dutch prisoners, under construction.

Deane & Chamberlain 1994

F.P. Deane & K. Chamberlain, 'Treatment fearfulness and distress as predictors of professional psychological help seeking', *British Journal of Guidance and Counselling*, 1994, p. 207- 217.

Deane, Skogstad & Williams 1999

F.P. Deane, P. Skogstad & M.W. Williams, 'Impact of attitudes, ethnicity and quality of prior therapy on New Zealand male prisoners' intentions to seek professional psychological help', *International Journal for the Advancement of Counselling*, 1999, p. 55-67.

Donker & de Wilde 1999

M.C.H. Donker & G.W.M. de Wilde, 'Organisatie, beleid en kosten van de geestelijke gezondheidszorg [Organisation, policy and costs of mental health care]' in: A. de Jong et al. (red.) *Handboek psychiatrische epidemiologie*, Elsevier/Tijdstroom, Maarsen, 1999, p. 401-421.

Dvoskin & Spiers 2004

J.A. Dvoskin & M.E. Spiers. 'On the rol of correctional officers in prison mental health, *Psychiatric Quarterly*', 2004, 75, p. 41-59.

Fazel & Danesh 2002

S. Fazel & J. Danesh, 'Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys', *Lancet*, 2002, p. 545-550.

Fischer & Farina 1995

E.H. Fischer & A. Farina, 'Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help: A Shortened Form and Considerations for Research', *Journal of College Student Development*, 1995, 36(4), p. 368-373.

Fisher & Turner 1970

E.H. Fisher & J.L. Turner, 'Orientations to seeking professional help: Development and research utility of an attitude scale', *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1970, 35(1), p. 79-90.

Gunn, Maden & Swinton 1991

J. Gunn, A.Maden & M. Swinton, 'Treatment needs of prisoners with psychiatric disorders', *British Medical Journal*, 1991, 303, p. 338-341.

Hollin, Palmer & Clark 2003

C.R. Hollin, E.J. Palmer & D. Clark, 'The level of service inventory-revised profile of English prisoners'. *Criminal Justice and Behavior*, 2003, 30, p. 422-440.

Howland. & Gabby 1997

A. Howland & J. Gabby, 'Needs assessment needs assessment', *Health trends*, 1997, 23, p.20-23.

De Jonge & Knol 2002

H. de Jonge & A.W. Knol, 'Passanten in behandeling; mogelijkheden en consequenties' [Passer-by's in treatment: possibilities and consequences]', *Sancties*, 2002, p. 156-162.

Van Kordelaar & Bulten 2005

W.F.J.M. van Kordelaar & B.H. Bulten, Schakels tussen passend en gepast. In: E.R. Muller & P.C. Vegter (red.) *Detentie, gevangen in Nederland*, 459-489, Kluwer, Alphen a/d Rijn, 2005.

Kupers 2001

T.A. Kupers, 'Psychotherapy with men in prison'. In: G.R. Brooks & G.E. Glenn (Eds.), *The new handbook of psychotherapy and counseling with men: A comprehensive guide to settings, problems and treatment approaches*, 2001, p. 170-184, San Francisco: Jossey-Bass.

Kushner & Sher 1989

M.G. Kushner & K.J. Sher 1989, 'Fear of psychological treatment and its relation to mental health service avoidance'. *Professional Psychology: Research and Practice*, 1989, 20, p. 251-257.

Kushner & Sher 1991.

M.G. Kushner & K.L. Sher, 'The relation of treatment fearfulness and psychological service utilization: an overview', *Professional Psychology Research and Practice*, 1991, 22, p. 196-203.

Loza & Simourd 1994

W. Loza & D.J. Simourd 1994, 'Psychometric evaluation of the Level of Supervision Inventory (LSI) among male Canadian federal offenders', *Criminal Justice and Behavior*, 1994, 21, p. 468-480.

Mathias & Sindberg 1985

R.E. Mathias & R. Sindberg, 'Psychotherapy in correctional settings', *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 1985, 29, p. 265-275.

McGuire 1996

J. McGuire, *What works: Reducing reoffending*. Chisters: Jonh Wiley & Sons, 1996.

Miller 1944

N.E. Miller, 'Experimental studies in conflict', in: J. Hunt (Ed.). *Personality and behavior disorders*. New York: Ronald. 1944.

Mobley 1999

M.J. Mobley, 'Psychotherapy with criminal offenders', in: K. Hess & I.B. Weiner (Eds.). *The handbook of forensic psychology*, 2nd. Edition, 1999, New York: Wiley, p. 603-639.

Morgan, Rozycki & Wilson 2004

R.D. Morgan, A.T. Rozycki & S. Wilson, 'Inmate perceptions of Mental Health Services', *Professional Psychology: Research and Practice*, 2004, 35, p. 389-396.

Van Panhuis 1997

P.J.A. van Panhuis, '*De psychotische patiënt in de TBS: Van kwaad tot erger*'. [The psychotic patient in the TBS] (dissertatie Leiden)', Deventer: Gouda Quint, 1997.

Phelps 1993

C.E. Phekpls, 'The Methodological Foundation of Studies of the Appropriateness of Medical Care,' in: *The New England Journal of Medicine*, 1993, 329, 17, p. 1241-1245.

Prochaska & DiClemente 1982

J.O. Prochaska & C.C. DiClemente, 'Transtheoretical therapy: towards a more integrative model of change,' *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1982, p. 276-288.

Reed 2003

J. Reed. 'Mental health care in prisons,' in: *British Journal of Psychiatry*, 2003, 182, p. 287-288.

Schoemaker & Van Zessen 1997

C. Schoemaker & G. Van Zessen, 'Psychische stoornissen bij gedetineerden. [Mental disorder among prisoners]' Houten, Bohn Stafleu Van Loghum, 1997.

Skogstad, Deane & Spicer 2006

P. Skogstad, F.P. Deane & J. Spicer, 'Sociale cognitive determinants of help-seeking for mental health problems among prison inmates,' *Criminal Behaviour and Mental Health*, 2006, p. 43-59.

Steadman, Holohean & Dvoskin 1991

H. Steadman, J. Holohean & J. Dvoskin, 'Estimating mental health needs and service utilization among prison inmates,' *Bulletin of American Academy of Psychiatry and the Law*, 1991, 19, p. 297-307.

Stevenson & Gabby 1991

A. Stevenson & J. Gabby, 'Needs assessment needs assessment,' in: *Health trends*, 1991, 23, p. 20-23.

Sutton 2001

S. Sutton, 'Back to the drawing board? A review of applications of the transtheoretical model to substance use,' *Addiction*, 2001, p. 175-186.

Vogelvang et al. 2003

B.O. Vogelvang, A. van Burik, L.M. van der Knaap & B. Wartna, de *prevalentie van criminogene factoren bij mannelijke gedetineerden in Nederland*, Adviesbureau Van Montfoort, WODC, 2003.

Wiersma, Brook & Sytema 1999

D. Wiersma, F.G. Brook & S. Sytema, 'Onderzoek naar het functioneren van de geestelijke gezondheidszorg [Research about the function of mental health care],' in: A. de Jong et al. (red). *Handboek psychiatrische epidemiologie*. 1999, Elsevier/Tijdstroom, Maarsen, p. 422-441.

Zwemstra, Van Panhuis & Bulten 2003

J.C. Zwemstra, P. van Panhuis & B.H. Bulten, 'Schizofrenie in detentie [Schizophrenia in detention]', *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 2003, p. 53-63.

De forensische zorg in een strafrechtelijk kader anno 2018: zaak van Justitie en GGZ

J.A.C. Bleeker, P. Stalman en T. Huygen

Inleiding

Hoe zal de zorg voor psychiatrische patiënten met een strafrechtelijke titel er over tien jaar uitzien? Om de vraag te beantwoorden zullen we de zorgvoorzieningen in het gevangeniswezen van dit moment beschrijven, en ontwikkelingen bespreken, die naar verwachting de behoefte aan deze zorg en de wijze waarop hij wordt verleend gaan beïnvloeden. Er kan in tien jaar veel onvoorziens gebeuren. Toch kan een reëel beeld van straks slechts vanuit het heden worden geprojecteerd. Deze projectie zal gekleurd zijn door de wens huidige lacunes in de zorg te verhelpen. Onze voorspelling is een veronderstelling, zij het een die is gebaseerd op ervaring en overzicht van wat zich nu op het grensgebied van Justitie en Geestelijke gezondheidszorg afspeelt. Moge het een ‘educated guess’ zijn. Dit hoofdstuk bestaat uit vijf paragrafen die elk een onderwerp behandelen dat relevant is voor de toekomstverwachting. Elke paragraaf levert een ontwikkelingslijn op. Met deze vijf lijnen wordt in de conclusie een schets van de situatie in 2018 getekend.

De paragrafen handelen over:

- de forensische zorg in strafrechtelijk kader in 2008
- de raming van de toekomstige behoefte aan forensische zorg en het overheidsbeleid
- de betrokkenheid en visie van de beroepsgroep van de psychiaters
- het project Vernieuwing Forensische Zorg
- de DBBC systematiek

1. De forensische zorg in strafrechtelijk kader in 2008, een zaak van Justitie

1.1 epidemiologie

Psychiatrische patiënten zijn vanwege hun grote aantal en toenemend complexe problematiek al enkele decennia zeer nadrukkelijk aanwezig in detentie-inrichtingen. In internationaal onderzoek wordt onder gevangenispopulaties een verhoogd voorkomen van psychiatrische stoornissen gevonden: psychotische stoornissen bijna twee maal zoveel als in de algemene bevolking, ernstige stemmingsstoornissen (depressies) ruim tweemaal zoveel, en zelfs tien maal zoveel antisociale persoonlijkheidsstoornissen.¹

In het gevangeniswezen in Nederland (16.000 plaatsen exclusief TBS) heeft een kwart van de gedetineerden een psychiatrische stoornis, bij 10% is inschakelen van een psychiater nodig en bij 4% is de stoornis zo ernstig dat de betrokkene detentieongeschikt is.² Combinaties van ernstige ziektebeelden met persoonlijkheidsstoornissen komen steeds vaker voor, en veelal zijn de patiënten ook verslaafd aan drugs. Al met al bevindt zich in Nederland de populatie van een zeer groot (ouderwets) psychiatrisch ziekenhuis in detentie, verspreid over de penitentiaire inrichtingen en bijzondere zorgafdelingen.

¹ Fazel & Danesh, 2002.

² Van Gemmert, 2002.

1.2 zorgvisie

Hoe gaat Justitie met al deze gestoorde gedetineerden om? Moeten ze niet worden uitgeplaatst naar de geestelijke gezondheidszorg? Er zijn hiervoor wettelijke mogelijkheden, zoals art. 15.5 van de Penitentiaire Beginselen Wet (PBW): detentieongeschiktheid, en art. 37 Wetboek van Strafrecht: veroordeling tot behandeling in een psychiatrisch ziekenhuis. Deze weg blijkt maar voor een minderheid van de patiënten te worden gebruikt. Het merendeel blijft in detentie. Immers, een psychiatrische stoornis maakt iemand niet per definitie verminderd toerekeningsvatbaar, en bij ernstige delicten kan de rechter de vergelding laten prevaleren. Anderzijds is de geestelijke gezondheidszorg na de de-institutionaliseringbeweging van de tachtiger jaren van de vorige eeuw, die leidde tot sluiting van inrichtingen en daarvoor in de plaats ambulante behandelvormen, steeds minder toegerust voor de opvang van een kleine minderheid van de voormalige inrichtingspatiënten: de ernstig gedragsgestoorde en/of agressieve chronische patiënten.³ Veel van deze patiënten bleken met begeleiding en behandeling in de maatschappij niet adequaat geholpen te worden. Zij verloederden en raakten in detentie, vaak als zogenaamde stelselmatige daders.

De problematiek van de gedetineerden met psychiatrische stoornissen is veranderd in de afgelopen decennia. Veelal gaat het niet meer om psychiatrische ziektebeelden alleen, maar om de combinatie met persoonlijkheidsstoornissen en drugsgebruik, die de behandeling gecompliceerd maakt. Het zijn andere patiënten geworden, uit een verharde maatschappelijke omgeving. Ook is in de maatschappij de zorg voor chronische patiënten veranderd, de longstay-afdelingen van de psychiatrische ziekenhuizen van de jaren tachtig zouden niet meer geschikt zijn voor de huidige gecompliceerde problematiek. Daarnaast evolueert de zorg met de behoefte aan veiligheid van de maatschappij en ziet de geestelijke gezondheidszorg beveiliging steeds meer als haar taak.

Justitie heeft intussen een oplossing moeten vinden voor de toevloed van delinquenten met psychiatrische stoornissen. In eerste instantie werd de detentieomgeving aangepast, zodat ook voor deze groep humane detentie mogelijk zou zijn. Dit leidde tot de afdelingen voor bijzondere zorg en begeleiding, die ook bestemd waren voor andere kwetsbare groepen, zoals geestelijk gehandicapten, invaliden en pedoseksuelen.

1.3 equivalentie van behandeling

De psychiatrische zorg in het gevangeniswezen is geleidelijk aan ontwikkeld in reactie op probleemsituaties. Justitie kon er daarbij van uit gaan dat behandelen van psychiatrische stoornissen niet haar taak was, maar thuis hoorde bij de geestelijke gezondheidszorg. Dit is veranderd met de wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) medio jaren negentig van de vorige eeuw. Deze wet geeft iedere ingezetene van Nederland recht op adequate behandeling bij ziekte. In 2000 is de WGBO bij algemene maatregel van bestuur ook van toepassing geworden in het gevangeniswezen. Justitie werd verplicht psychiatrische ziekten bij gedetineerden vast te stellen en te behandelen.⁴

In het huidige zorgsysteem van Justitie speelt het equivalentiebeginsel al een rol. Dat is zichtbaar in de crisisbehandeling in de Forensische Observatie en Begeleiding Afdeling (FOBA). Opgericht in het begin van de jaren tachtig van de vorige eeuw, was de FOBA bedoeld als een (tijdelijke) noodvoorziening voor onhoudbare situaties in de justitiële in-

³ Bleeker, 1999.

⁴ Daniëls, 2003.

richtingen. Hij werd begeleidingsafdeling genoemd om duidelijk te maken dat men niet kon, maar ook niet wilde behandelen. Isolatie en fysieke beperkingen waren de enige toegestane middelen om met verwarde en geagiteerde patiënten om te gaan, waardoor mensonterende toestanden ontstonden. Voor de medisch noodzakelijke behandeling moesten de patiënten uit de FOBA naar een psychiatrisch ziekenhuis worden overgeplaatst. Ondanks bemoeienis van de Inspectie Gezondheidszorg en interdepartementale werkgroepen van de ministeries van Justitie en Volksgezondheid konden de psychiatrische ziekenhuizen de patiënten niet opnemen. Justitie heeft daarom in overleg met de Inspectie Gezondheidszorg zelf de behandeling ter hand genomen en de FOBA vanaf midden jaren tachtig ontwikkeld tot een forensisch psychiatrische kliniek voor gedetineerden met ernstige psychiatrische ziektebeelden die niet kunnen worden uitgeplaatst naar een algemeen psychiatrisch ziekenhuis. Justitie werd in 2006 voor de FOBA onderscheiden met de ‘best practice award for health care in prison’ van de World Health Organisation. Deze erkenning door de WHO reflecteert de recente aandacht voor psychiatrische problematiek in gevangeniswereldwijd, het terrein van de ‘Prison Mental Healthcare’.⁵

1.4 organisatie van de zorg

De forensische zorg in het gevangeniswezen is de afgelopen twee decennia geleidelijk aan ontwikkeld, in reactie op steeds grotere en veranderende behoefte aan opvang van mensen die met hun gestoorde gedrag de normale gang van zaken in de inrichtingen ontregelden. Het is een getrappt systeem, dat voorziet in basiszorg in de penitentiaire inrichtingen, en bijzondere voorzieningen wanneer de basiszorg tekort schiet.⁶ de bijzondere voorzieningen hebben op dit moment bij elkaar een capaciteit van ongeveer 600 plaatsen. de psychiatrische consultatie en behandeling in de inrichtingen wordt verzorgd (naast andere forensische taken) door het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP), waaraan zo’n 80 psychiaters verbonden zijn, verdeeld over 19 regio’s (arrondissementen).

De basiszorg wordt geleverd door de arts, de psycholoog en de verpleegkundige van de inrichting, en de psychiater van het NIFP. Zij vormen het psychomedisch overleg (PMO), dat wekelijks bijeenkomt om gedetineerden te bespreken van wie de toestand of het gedrag daartoe aanleiding geeft. Het PMO kan de gedetineerde in de bijzondere zorgafdeling (BZA) van de eigen inrichting plaatsen en daar verder begeleiden en observeren.

Als de BZA onvoldoende tegemoet komt aan de zorgbehoefte van de gedetineerde, dan kan de psychiater hem/haar laten opnemen in de regionale individuele begeleidingsafdeling (IBA). Wanneer in een reguliere of een zorgafdeling rond de patiënt een onhanteerbare crisis ontstaat, kan de psychiater hem in de FOBA laten opnemen.

Als een gedetineerde medisch noodzakelijke zorg nodig heeft in een psychiatrisch ziekenhuis, dan kan de psychiater de directeur van de inrichting adviseren hem uit te plaatsen op grond van artikel 15.5 PBW, detentieongeschiktheid. de directeur heeft daarvoor de toestemming nodig van het Openbaar Ministerie. Kan deze toestemming niet worden gegeven, of is er geen plaats in een psychiatrisch ziekenhuis, dan wordt de patiënt ook in de FOBA geplaatst.

Zorg in detentie omvat ook speciale zorg en behandelprogramma’s die in de penitentiaire setting kunnen worden gevolgd. Deze worden als ambulante zorg geleverd door GGZ-aanbieders. Dit gebeurt tot nu toe op kleine schaal en wordt gefinancierd vanuit de Alge-

⁵ WHO, 2007.

⁶ Bleeker & Stalman, 2007.

mene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Nu Justitie de beschikking heeft gekregen over het AWBZ budget is de verwachting dat deze programma's op grotere schaal zullen worden ingekocht bij de GGz-aanbieders.

Voor continuïteit in de zorg rondom zorgmijdende psychiatrische patiënten, die nu eens in het ziekenhuis en dan weer in detentie verblijven, is op verschillende plaatsen regionaal overleg ontstaan van het NIFP met de geestelijke gezondheidszorg, de politie en het openbaar ministerie (Mol 2000). In Amsterdam, Vught en Rotterdam wordt aan dit overleg deelgenomen vanuit respectievelijk de FOBA en de forensische schakelunits (FSU). In enkele grote steden bestaan gespecialiseerde ambulante behandelteams, die deze patiënten na ontslag uit detentie actief volgen en behandelen, waar zij zich ook ophouden.

Zorg in plaats van straf kan zowel intramurale als ambulante zorg en behandeling zijn en wordt op kleine schaal al aangeboden door verschillende instellingen voor GGz, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg.

Ten aanzien van de toekomst:

Justitie heeft in de afgelopen twintig jaar te maken gekregen met een toename van zorgbehoeftige gedetineerden. Voor deze groep zijn bijzondere voorzieningen ingericht. Voor een gedeelte van hen is geen adequate psychiatrische behandeling beschikbaar, noch in detentie noch in algemene zorgvoorzieningen. Justitie heeft met deze patiënten leren omgaan en een visie ontwikkeld op zorg in strafrechtelijk kader, die een vruchtbare samenwerking met de geestelijke gezondheidszorg mogelijk maakt. de justitiële en algemene geestelijke gezondheidszorg kunnen complementair gaan opereren voor deze patiënten.

2. De toekomstige behoefte aan forensische zorg en het beleid

2.1 trendmatige ontwikkelingen.

Ook in de toekomst zal de behoefte aan forensische zorg in strafrechtelijk kader samenhangen met het aantal gedetineerden dat aan psychiatrische stoornissen lijdt.

De detentiegraad in Nederland is sinds 1990 meer dan verdubbeld en is nu met 128 gedetineerden per 100.000 inwoners een van de hoogste van Europa. Aan de top staat het Verenigd Koninkrijk met 147, onderaan Zweden met 78.⁷ de detentiegraad is overal toegenomen sinds de jaren negentig, in Europa met gemiddeld 60%.⁸ Het aantal verdachten van misdaden is in Nederland sinds 1999 voortdurend, zij het licht, gestegen.⁹ de snelle groei in Nederland zou met de immigratie kunnen samenhangen: er zijn relatief veel jonge allochtonen in detentie.

Op dit moment zijn over de hele wereld psychiatrische patiënten oververtegenwoordigd in gevangenissen. Nederland is dus geen uitzondering.

Volgens de Wereld Gezondheids Organisatie worden de gevangenissen in Europa de psychiatrische inrichtingen van de 21e eeuw.¹⁰

Het Ministerie van Justitie gaat uit van een verdubbeling van de behoefte aan strafrechtelijke zorgplaatsen in de komende jaren.¹¹

⁷ World Prison Population List, 2007.

⁸ WHO, 2007.

⁹ CBS, 2007.

¹⁰ WHO, 2007.

¹¹ Dienst Justitiële Instellingen, 2007.

2.2 parlementaire enquête TBS-stelsel

In 2005/2006 vond een parlementaire enquête plaats naar het functioneren van het TBS stelsel. Hierbij is naar voren gekomen dat in het gevangeniswezen, behalve patiënten die wachten op een plaats in een TBS kliniek, ook veel andere gedetineerden met ernstige psychiatrische problematiek verblijven, zonder dat zij adequate behandeling krijgen. de enquêtecommissie concludeerde dat er een tekort bestaat aan geschikte plaatsen voor de opname van verschillende categorieën justitiabelen te weten:

- art.37 wetboek van strafrecht die wachten op plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis;
- gedetineerden met een chronisch psychiatrische stoornis;
- gedetineerden bij wie dwangmedicatie wordt toegepast vanwege acute problemen;
- gedetineerden die detentieongeschikt zijn als gevolg van een psychiatrische stoornis.

De commissie adviseerde voor deze groep een oplossing te zoeken, bijvoorbeeld in de vorm van een penitentiair psychiatrisch ziekenhuis naast de bestaande voorzieningen voor forensische zorg.

In juni 2006 heeft het Kabinet de aanbevelingen overgenomen, en in de begroting 2007 zijn middelen ter beschikking gesteld voor de realisatie van 700 plaatsen voor gedetineerden met extra zorgbehoefte.

Deze zorgplaatsen komen bij de bestaande capaciteit aan zorgvoorzieningen in detentie.

Ten aanzien van de toekomst:

Veel wijst er op dat in Nederland de behoefte aan forensische zorg in strafrechtelijk kader de komende jaren toeneemt. de overheid verbindt hieraan conclusies voor de capaciteit van deze zorg.

3. De betrokkenheid en visie van de beroepsgroep van de psychiaters

Forensische psychiatrie heeft sinds kort de belangstelling van de psychiaters in Nederland. Voorheen was het voor velen een onbekend werkteerrein. Toch werken in de ambulante en klinische forensischpsychiatrische instellingen in Nederland enkele honderden psychiaters. Dat deze hun functie bij Justitie vaak combineren met een deeltijdaanstelling in de algemene geestelijke gezondheidszorg, draagt bij aan een positieve beeldvorming bij hun collega's buiten Justitie.¹²

Op het jaarcongres van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) zijn er tegenwoordig cursussen en symposia over forensische onderwerpen. Er is sinds enkele jaren het platform 'Psychiatrie en Recht' als structureel onderdeel van de Vereniging.

Psychiaters in opleiding kunnen al wat langere tijd een keuzestage volgen in forensische klinieken. Sinds 2006 zijn er erkende stages forensische psychiatrie in gevangenissen (Den Bosch en Amsterdam), georganiseerd door het NIFP.

Om te voldoen aan de eisen van de Europese Unie wordt de opleiding van medische specialisten in Nederland gemoderniseerd. In dat kader bestaat het voornemen forensische

¹² Bleeker & Mol, 2006.

psychiatrie een competentie te laten zijn van de algemeen psychiater, en daartoe het onderwijs en de training in de basisopleiding aan te passen.¹³

In het Verenigd Koninkrijk is sinds 2003 de algemene gezondheidszorg ook verantwoordelijk geworden voor de gezondheidszorg in het gevangenisstelsel. Gezien de hoge prevalentie van psychiatrische ziektebeelden onder gevangenen heeft het Royal College of Psychiatrists onderzocht of de opleiding van psychiaters aan de verwachte toename van de vraag naar behandeling in gevangenisstelsels moet worden aangepast. Uit het onderzoek bleek dat het huidige opleidingscurriculum in het Verenigd Koninkrijk ongeschikt is om psychiaters voor te bereiden op werken in de gevangenispsychiatrie.¹⁴

Ook in andere landen, nog zonder ingrijpende reorganisatie van de gezondheidszorg, wordt toenemend onderkend dat de forensische psychiatrie in de basisopleiding van psychiaters structureel aandacht verdient. Een overzicht van de ontwikkelingen in een aantal westerse landen en Rusland is te vinden in Current Opinion in Psychiatry.¹⁵

Ten aanzien van de toekomst:

De psychiaters gaan als beroepsgroep de voor de behandeling van patiënten nadelige kloof tussen Justitie en de algemene geestelijke gezondheidszorg overbruggen. In de opleiding tot specialist worden zij daarop voorbereid. De visie op de forensische psychiatrie van de beroepsgroep wordt positief beïnvloed door psychiaters die deeltijdinstellingen bij Justitie en bij de algemene GGZ combineren.

4. Het project Vernieuwing Forensische Zorg

Nadat in 2006 het Kabinet had besloten het advies van de parlementaire enquêtecommissie TBS-stelsel op te volgen en de zorg voor gedetineerden met psychiatrische stoornissen uit te breiden, heeft Justitie besloten de forensische zorg geheel te herzien.¹⁶ Dit gebeurt onder de naam Vernieuwing Forensische Zorg (VFZ).

4.1 Het project VFZ omvat alle forensische zorg in een strafrechtelijk kader, d.w.z.:

- a. Iedere vorm van geestelijke gezondheidszorg in het kader van een strafrechtelijk vonnis (TBS en voorwaardelijke sanctiemodaliteiten).
- b. Geestelijke gezondheidszorg aan gedetineerden in het gevangeniswezen (bijzondere opvang). Deze zorg is geen onderdeel van een strafrechtelijk vonnis, maar tweedelijns geestelijke gezondheidszorg die in een penitentiaire setting wordt gegeven.
- c. Speciale zorg- en behandelprogramma's in de penitentiaire setting. Deze programma's kunnen door de penitentiaire instelling zelf verzorgd worden maar kunnen ook door de reguliere GGZ aanbieders geleverd worden binnen het gevangeniswezen als ambulante zorgprogramma's.
- d. Zorg in plaats van straf. Dit kan zowel intramurale als ambulante zorg zijn door verschillende instellingen voor GGZ, verslavingszorg en verstandelijk gehandicapten-

¹³ Nederlands Vereniging voor Psychiatrie, 2005.

¹⁴ Reiss, 2004.

¹⁵ Layde, 2004.

¹⁶ Ministerie van Justitie, 2006.

zorg. Het gaat hierbij voornamelijk om voorwaardelijke sanctiemodaliteiten waarbij overwegend sprake is van ‘drang’ in plaats van dwang

In 2008 wordt het Ministerie van Justitie verantwoordelijk voor het uitvoeren van alle bovengenoemde activiteiten. Voor de TBS bestond dit al, maar de inkoop van forensische zorg voor mensen met een strafrechtelijke titel in GGz instellingen, in instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg of in een begeleide woonsituatie is voor Justitie nieuw. Justitie krijgt met deze verantwoordelijkheid meer mogelijkheden om richting te geven aan wenselijke ontwikkelingen, de juiste zorg in te kopen, de aansluiting met de Geestelijke Gezondheidszorg adequaat vorm te geven, forensische zorgketens te stimuleren en voldoende capaciteit in te kopen om door- en uitstroom te realiseren. Uitvoerder van deze taak wordt de nieuw te vormen Directie Forensische Zorg (DFZ) van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI).

4.2 Regionale zorgcentra

In het kader van de vernieuwing zullen de huidige zorgvoorzieningen van het gevangeniswezen, zoals de IBA's en FSU's, worden geconcentreerd in regionale zorgcentra.¹⁷ Zo ontstaan grotere en meer efficiënte voorzieningen. Elk zorgcentrum krijgt daarnaast ook één landelijke specialistische functie: Amsterdam de crisisinterventie (FOBA), Den Haag de somatische ziekenhuiszorg (het Penitentiair ziekenhuis), Zwolle de zorg voor vrouwen, en Vught de zorg voor patiënten met bijzondere beheers- en beveiligingsbehoefte. In Maastricht komt een regionaal zorgcentrum zonder specialistische functie.

Zoals boven vermeld wordt de capaciteit van de zorgvoorzieningen in het gevangeniswezen met 700 plaatsen uitgebreid. Deze capaciteit zal deels worden ingekocht bij of uitbesteed aan de GGz, en deels worden gerealiseerd in de zorgcentra van het gevangeniswezen. Dat laatste voor patiënten die om redenen van vergelding of beveiliging van de maatschappij in detentie moeten blijven.

Ook zal de nieuwe capaciteit worden besteed aan betere diagnostiek. Op dit moment wordt iedere gedetineerde bij binnenkomst in een inrichting door de inrichtingsarts op zijn spreekuur gezien. Dit is geen garantie dat een al bestaande psychiatrische stoornis, of een vergroot risico op het ontwikkelen van een psychiatrisch ziektebeeld tijdens de detentie, worden onderkend. Daarvoor is gerichte screening van alle gedetineerden bij aanvang van de detentieperiode noodzakelijk. Nu bestaat daarvoor nog niet het instrument en de procedure. Als onderdeel van het project vernieuwing forensische zorg wordt deze screening ontwikkeld en ingevoerd, zodat het in de toekomst mogelijk wordt meer preventief te werken, en ambulante psychiatrische behandeling tijdens detentie voort te zetten.

4.3 Wetswijziging forensische zorg

Voor de vernieuwing van de forensische zorg zijn wetswijzigingen nodig en een andere financiële systematiek. In 2006 is met de voorbereiding hiervan begonnen.

Justitie heeft in overleg met VWS en GGZ Nederland geïnventariseerd welke wet- en regelgeving op het gebied van de gezondheidszorg van toepassing zal zijn op de forensische zorg in een strafrechtelijk kader, en hoe de minister van Justitie voortaan bij de zorgwetgeving betrokken is. 4.3.1. Het traject voor de benodigde wetswijzigingen ging 1

¹⁷ Dienst Justitiële Inrichtingen, 2006.

juli 2007 van start, de planning is dat de wijzigingsvoorstellen in 2008 worden ingediend, en in 2009 doorgevoerd. Het gaat om drie wetten:

- a. de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG). Binnen het kader van deze wet wordt een nieuwe bekostigingssystematiek voor de forensische zorg in een strafrechtelijk kader uitgewerkt, die is geënt op de DBC systematiek van de GGz. Op dit moment vormen de parameters van de Nederlandse Zorgautoriteit de grondslag voor de bekostiging, vanaf 2009 wordt dat de Diagnose Behandel en Beveiliging Combinatie (DBBC). de DBBC's moeten leiden tot meer transparantie in zorgproducten, betere vergelijkbaarheid van prijzen en producten, en moeten aansluiting van de zorg bij de reguliere GGz vergemakkelijken. (Zie verder de paragraaf DBBC-systematiek)
- b. de Kwaliteitswet zorginstellingen en de wet BIG zijn van toepassing op alle aanbieders van forensische zorg in een strafrechtelijk kader. Dit houdt in dat de minister van VWS en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) toezicht houden op de kwaliteit van de zorg en die van de beroepsbeoefenaren.
- c. de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst. Deze wet is ook van toepassing op forensische zorg in strafrechtelijk kader, met uitzondering van enkele bepalingen op het punt van de rechtsbetrekking tussen zorgaanbieder en justitiabele: niet onder de regels van de WGBO vallen bijvoorbeeld de mogelijkheid van geneeskundige dwangbehandeling volgens art. 32 PBW, en de Pro Justitia rapportage.

Het nieuwe financieel kader houdt in dat op de Rijksbegroting 2007 het budget voor de forensische zorg in strafrechtelijk kader (213,6 mln. euro) is overgeheveld van de AWBZ naar de Justitiebegroting.

De hiervoor benodigde verandering in werkwijze betreft een systeem van indicatiestelling en plaatsing dat Justitie heeft ontwikkeld om als basis te dienen voor de inkoop van de zorg bij zorginstellingen.

Justitie is zich ervan bewust dat het gaat om een ingewikkelde stelselhervorming, waaraan grote risico's zijn verbonden. Tot nu toe zijn alle pogingen om de kloof tussen algemene en justitiële geestelijke gezondheidszorg te overbruggen stukgelopen op verschillen in wetgeving, visie op patiënten en financiering. Het is daarom verheugend dat bij het project Vernieuwing Forensische Zorg een fundamentele wijziging in de financiering is aangebracht door deze in één hand te leggen bij de instantie die verantwoordelijk is voor de tenuitvoerlegging van de strafrechtelijke titel, terwijl voor de bekostiging en productstructuur de taal en methodiek van de GGz zijn gekozen.

De medewerking van de zorginstellingen is essentieel voor het slagen van de vernieuwing van de forensische zorg. In de zorginstellingen heerst nog vaak een traditionele beeldvorming die risico's in zich bergt. Zo wordt Justitie door de GGz-behandelaren geassocieerd met dwang en repressie, waar zijzelf keuzevrijheid voor hun patiënten op de eerste plaats stellen.

Justitie onderkent deze risico's en ziet zorgvuldige en voortdurende communicatie met het veld als een essentieel onderdeel van de vernieuwingsoperatie.

Ten aanzien van de toekomst:

Het project vernieuwing forensische zorg is een weloverwogen en goed onderbouwde hervorming van de zorg voor justitiabelen met psychiatrische problematiek, die de patiënt centraal stelt en de organisatorische belemmeringen voor goede zorg opheft. Het is een

meerjaren programma, dat naadloos aansluit bij de modernisering van de bekostiging van de gezondheidszorg. Het lijkt alles in zich te hebben om de structuur van de zorg in strafrechtelijk kader langdurig te beïnvloeden en zal dus in 2018 nog merkbaar kunnen zijn.

Het project Vernieuwing Forensische Zorg zal geëvalueerd worden in 2010.

5. De DB(B)C-systematiek

Zoals boven vermeld, zal in de forensische zorg per 1 januari 2008, met enige aanpassingen en spelregelwijzigingen, dezelfde bekostigingssystematiek worden ingevoerd als die welke in de reguliere GGz vanaf 1 januari 2008 wordt gehanteerd: de Diagnose Behandeling Combinatie (DBC). Voor de forensische zorg wordt deze uitgebreid met de dimensie Beveiliging, waardoor sprake zal zijn van DB(B)C's.

De beveiliging is niet als aparte kostencomponent opgenomen en vormt daarom geen aparte productgroep. In een DB(B)C wordt beveiliging uitgedrukt in de zwaarte van de zogeheten verblijfsgroepen. Hiertoe zijn bij de productgroep 'verblijfsgroepen' drie extra verblijfscategorieën als kostencomponent opgenomen.

De DB(B)C's zijn ontwikkeld met gebruikmaking van de DBC's in de GGz, waardoor de invoering van de DB(B)C's versneld zal kunnen plaatsvinden. Vanaf 1 januari 2008 zal de zorgvraag van forensische patiënten in DB(B)C-termen worden getypeerd en zullen de behandelactiviteiten en verrichtingen worden geregistreerd. Dit geldt zowel voor de forensische zorg in een strafrechtelijk kader (uitgezonderd zorg die wordt opgelegd in het kader van Jeugdstrafrecht, reclasseringsproducten en geestelijke gezondheidszorg aan jeugdigen in een strafrechtelijk kader) als voor de bijzondere zorg in detentie (dus uitgezonderd de basiszorg in penitentiaire inrichtingen).

In de DB(B)C-productstructuur zijn een aantal producten opgenomen die specifiek zijn voor de forensische zorg. Dit zijn bijvoorbeeld seksuele stoornissen, stoornissen in de impulsbeheersing en diverse persoonlijkheidsstoornissen. Ook zijn de tijdsgrenzen voor behandeling verruimd.

Ondersteunende begeleidingscontacten vanuit RIBW's zijn, anders dan in de DBC-GGz, in de productstructuur ondergebracht.

Nog een verschil met de DBC-GGz is dat bij de zorgtypering de aard en de mate van het gevaar in vier categorieën worden getypeerd: acuut fysiek gevaar, vluchtgevaar, recidivegevaar en gevaar voor zichzelf.

Als in 2008 voldoende ervaring is opgedaan met de DB(B)C-productstructuur, zal vanaf 2009 forensische zorg voorafgaand aan het zorgtraject onafhankelijk worden geïndiceerd als DB(B)C-productgroep.

Van het gebruik van dezelfde bekostigingssystematiek in de forensische en reguliere geestelijke gezondheidszorg wordt meer transparantie en vergelijkbaarheid van producten verwacht, en daardoor betere afstemming en continuïteit in de zorgketen. Immers, nu is het nog vaak zo dat de zorgketen eindigt bij de grens tussen de domeinen, met als gevolg onduidelijkheid over wie waarvoor verantwoordelijk is. de patiënt komt terecht in een ongestructureerd *no man's land*, met discontinuïteit van de zorg als beschamend resultaat.

Ook het feit, dat Justitie in toenemende mate zorg gaat inkopen bij de GGz zal de kloof tussen de forensische psychiatrie en de reguliere GGz in snel tempo dichten. Dit zal in het begin eisen stellen aan het behandel aanbod van de GGz, met name vanwege het feit dat voor de onderscheiden doelgroepen zorg en beveiliging moeten worden geïntegreerd. Op termijn valt echter te verwachten dat steeds meer gedacht zal worden in behandeltrajecten die over de domeingrenzen heen reiken en die alleen als ketenzorg kunnen worden geor-

ganiseerd. Het is de enige manier om patiënten die nu vaak letterlijk tussen wal en schip vallen een langdurig en stevig vangnet te bieden.

Ten aanzien van de toekomst:

de invoering van de DB(B)C-systematiek en de inkoop van GGz-zorg door Justitie zullen ertoe leiden dat de continuïteit van behandeling voor de categorie zorgwekkende patiënten beter en doeltreffender zal kunnen worden gerealiseerd. Juist deze groep heeft er baat bij dat de kloof tussen de domeinen wordt overbrugd en dat er op hun zorgbehoefte toespitste, ketengeorganiseerde zorg wordt geboden.

6. Conclusie

Een schets van de forensische zorg in strafrechtelijk kader in 2018

Over tien jaar zal Nederland nog meer verstedelijkt en een uitgesproken immigratieland zijn. Meer nog dan nu zullen mensen met psychiatrische stoornissen problemen hebben zich aan te passen.

De Geestelijke Gezondheidszorg zal zich nadrukkelijker dan nu toeleggen op maatschappelijke ondersteuning en vaardigheidstraining naast de curatieve psychiatrische behandeling.

Afwijkend en storend gedrag door ziekte of geestelijk gebrek zullen minder getolereerd worden en aanleiding vormen voor actieve zorg of, bij onvoldoende behandelingsresultaat, tot ingrijpen door Justitie.

Bij het vooronderzoek zal het Openbaar Ministerie meer dan voorheen de beoordeling door een psycholoog of psychiater vragen.

Bij binnenkomst in detentie zal iedere verdachte worden onderzocht op de aanwezigheid van een psychische stoornis of de kwetsbaarheid daarvoor. Als hij dat nodig heeft zal hij 'state of the art' psychiatrisch behandeld worden. Afhankelijk van de ernst van het toestandbeeld en van de procesgang zal dat in een justitieel zorgcentrum of in een reguliere psychiatrische instelling gebeuren.

De zorg in detentie zal equivalent zijn aan die in de reguliere GGz. Justitiele en algemene instellingen voor geestelijke gezondheidszorg werken samen in regionaal verband, hanteren hetzelfde patientdossier en hebben dezelfde psychiaters in dienst.

Als iemand bij binnenkomst in detentie in psychiatrische behandeling is, dan zal deze worden gecontinueerd of hervat. Behandeling die in detentie is begonnen zal na invrijheidstelling in de GGz worden voortgezet.

Het aantal mensen dat terecht komt in de forensische zorg in strafrechtelijk kader zal groter zijn dan nu, maar het aantal recidieven zal door de continuïteit van zorg kleiner zijn.

Geestelijke gezondheidszorg en justitiële zorgvoorzieningen zullen voor ernstig gestoorde en zorgmijdende patiënten een complementair zorgstelsel vormen. Dat is het asiel anno 2018.

Personalia

Dr. J.A.C. (Co) Bleeker, psychiater, verbonden aan de Forensische Observatie en Begeleiding Afdeling (FOBA) in de Penitentiaire Inrichting Amsterdam.

T.M.F. (Tijl) Huygen, psychiater, beleidspsychiater FOBA

P.F.A. (Pierre) Stalman, psycholoog, directeur FOBA

Aangehaalde literatuur

Bleeker 1999

J.A.C. Bleeker, *Medisch noodzakelijke zorg in het gevangeniswezen*, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag 1999.

Bleeker & Mol 2006

J.A.C. Bleeker & E.M.M. Mol, de inbreng van de forensische psychiatrie in de opleiding tot algemeen psychiater in Oei, T.I. & Groenhuijsen, M.S. (eds.) *Capita Selecta van de Forensische Psychiatrie anno 2006*, Kluwer, Deventer 2006.

Bleeker & Stalman 2007

J.A.C. Bleeker & P.F.A. Stalman, Psychiatrische voorzieningen in het gevangeniswezen, in: Raes, B.C.M. en Bakker, F.A.M. (eds.) *de psychiatrie in het Nederlands recht 5e druk*, Kluwer, Deventer 2007.

Centraal bureau voor de statistiek 2007

CBS Statline databank www.cbs.nl

Daniëls 2003

D. Daniëls, *Behandeling in detentie in beweging*, in: Groen, H. & Drost, M. (eds.), 2003.

Handboek 2003

Handboek forensische geestelijke gezondheidszorg, de Tijdstroom, Utrecht 2003.

Fazel 2002

S. Fazel & J. Danesh, "Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys", *Lancet* 2002, p. 545-550.

Van Gemmert 2002

A.A. van Gemmert & D.F.R. de Vrugt, *Evaluatatie-onderzoek Individuele Begeleidingsafdeling en Bijzondere Zorgafdeling*, Den Haag: Dienst Justitiële Inrichtingen 2002.

International Centre for Prison Studies 2007

World Prison Population List, 4th edition, University of London 2007, www.worldprisons

Layde 2004

J.B. Layde, "Recent trends in forensic psychiatry training", *Current Opinion in Psychiatry* 2004, p. 411-415.

Reiss & Famoroti 2004

D. Reiss & O.J. Famoroti, "Experience of prison psychiatry: a gap in psychiatrists' basic professional training", *Psychiatric Bulletin* 2004, p. 21-22.

Ministerie van Justitie 2006

Project Vernieuwing Forensische Zorg, Den Haag 2006.

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie 2005

Consilium Psychiatricum, "Format specifieke opleidingseisen psychiatrie" concept, versie 20 mei 2005, www.nvvp.nl

World Health Organization 2007

WHO Europe, Status Paper on Prisons and Mental Health, Copenhagen 2007.

Patiënten met een strafrechtelijke last tot plaatsing: een vergeten populatie?

Verslag van een beschrijvend onderzoek naar patiënten met een strafrechtelijke last tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis¹

W.H.M. Peek en A. Nugter

Samenvatting

De strafrechtelijke last tot plaatsing is al ruim een eeuw opgenomen in ons Strafrecht en wordt de laatste jaren in toenemende mate uitgesproken. Desondanks is weinig onderzoek naar deze, door clinici als moeilijk begeleidbaar ervaren patiëntgroep gedaan. In deze bijdrage wordt verslag gedaan van een onderzoek naar de beschrijving van patiënten met een last tot plaatsing die op een FPA werden behandeld. Uit dit onderzoek komt naar voren dat patiënten met een strafrechtelijke last tot plaatsing tot een categorie ernstige psychiatrische patiënten behoren die een uitgebreide hulpverleningsgeschiedenis hebben en veelal tot in het jaar van het uitgangsdeldict in behandeling zijn. Zij hebben verhoudingsgewijs een minder uitgebreide justitiële voorgeschiedenis. Er worden problemen met de instroom gesignaleerd waardoor de behandelduur wordt bekort maar het grootste deel stroomt door naar de reguliere zorg, waarbij bij een aantal de behandeling binnen een civielrechtelijk kader wordt voortgezet. De observatie dat deze patiëntgroep behandel- en beheersproblemen geeft wordt bevestigd.

1. Inleiding

De strafrechtelijke last tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis voor de termijn van een jaar (art. 37 lid 1, jo. 39 Sr), kortweg strafrechtelijke last tot plaatsing genoemd, is één van de behandelmaatregelen die ons Strafrecht kent. Een strafrechtelijke last tot plaatsing kan voor ieder bewezen verklaard delict worden opgelegd indien er sprake is van volledige ontoerekeningsvatbaarheid en wanneer er gevaar dreigt voor de persoon zelf, voor anderen of van de algemene veiligheid van personen en goederen. In tegenstelling tot de terbeschikkingstelling kan de strafrechtelijke last tot plaatsing niet worden verlengd binnen een strafrechtelijk kader en is dus een tijdgelimiteerde maatregel. Wel kan de behandeling worden voortgezet binnen een civielrechtelijk kader. Uit juridische literatuur blijkt dat een strafrechtelijke last tot plaatsing is aangewezen indien er sprake is van een psychotische stoornis.² Een strafrechtelijke plaatsing heeft in de eerste plaats tot doel het behandelen van de patiënt zodat deze weer terug kan keren in de samenleving en in de tweede plaats ter bescherming van de maatschappij.³

De strafrechtelijke last tot plaatsing is al vanaf 1884 opgenomen in ons Strafrecht en wordt in toenemende mate uitgesproken. Het aantal veroordelingen tot deze maatregel benadert het aantal jaarlijks uitgesproken terbeschikkingstellingen. In 2005 werd deze

¹ Dit onderzoek maakt deel uit van een meer uitgebreid onderzoek naar de omschrijving van patiënten met een strafrechtelijke last tot plaatsing, recidive en voorspellers van recidive.

² Kooijmans, 2002.

³ Beekman & Koenraadt, 2002.

maatregel 150 maal uitgesproken tegen 180 maal een terbeschikkingstelling met dwangverpleging.⁴ Maar desondanks is het wetenschappelijk onderzoek rond deze populatie beperkt gebleven en is het onbekend of de maatregel het effect heeft dat er mee wordt beoogd. Uit het enige bekende onderzoek naar deze patiëntgroep komt naar voren dat het gaat om ongehuwde mannen uit een relatief oudere leeftijdscategorie (35-45jaar), met een buitenlandse culturele afkomst en die met een psychotische stoornis en middelenmisbruik of –afhankelijkheid zijn gediagnosticeerd.⁵ Zij worden veelal doorverwezen naar een Forensisch Psychiatrische Kliniek (FPK) of een Forensisch Psychiatrische Afdeling (FPA).⁶ Hoewel weinig concrete gegevens over deze patiëntgroep bekend zijn, bestaat onder clinici wel de indruk dat deze populatie een moeilijke patiëntgroep is met veel behandelings- en beheersproblematiek.⁷ Deze observatie wordt gedeeld op de FPA van GGZ Noord-Holland *Noord* in Heiloo, alwaar men de indruk heeft dat patiënten met een strafrechtelijke last tot plaatsing meer incidenten veroorzaken dan andere patiënten op de afdeling en hun tijd uitzitten.

In deze bijdrage wordt een omschrijving gegeven van een groep patiënten met een strafrechtelijke last tot plaatsing die in behandeling was op de FPA van GGZ-NHN in Heiloo. Gekeken is naar demografische kenmerken, justitiële en psychiatrische voorgeschiedenis, psychiatrische kenmerken en kenmerken rond opname en ontslag. Tevens is vastgesteld of deze patiëntgroep conform de hierboven beschreven indruk meer behandel- en beheersproblemen geeft in termen van incidenten op de afdeling door deze te vergelijken met een andere belangrijke FPA-patiëntgroep: terbeschikkinggestelden. Ten slotte is gekeken waar deze patiënten na ontslag terechtkomen. Vervult de FPA haar brugfunctie naar de reguliere GGZ en komen de doorverwezen patiënten ook daadwerkelijk in zorg.

2. Patiënten en methoden

Patiëntpopulatie:

Voor dit retrospectief dossieronderzoek werden de gegevens gebruikt van 30 forensisch psychiatrische patiënten met een strafrechtelijk last tot plaatsing die in de periode 2002-2005 een behandeling op de FPA te Heiloo hebben afgerond of anderszins hebben beëindigd.

Onderzoeksbronnen en -instrumenten:

Voor het verzamelen van de demografische, justitiële en psychiatrische gegevens zijn uit de dossiers verschillende bronnen gebruikt, zoals aanmeld- en ontslaggegevens casu quo -brieven van de FPA, Pro Justitia rapportages, rapporten van Reclassering en andere betrokken hulpverleningsinstanties en diverse rapportages die tijdens het verblijf op de FPA werden opgesteld. Voor het bepalen van de ernst van de justitiële voorgeschiedenis werden met toestemming van het Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatiecentrum (WODC) de justitiële gegevens bij Dienst Justitiële Informatie (DJI) opgevraagd. Er werd een termijn van 5 jaar voorafgaande aan het uitgangsdeldict genomen daar als gevolg van verjaring niet bij Justitie van iedere patiënt de gehele justitiële voorgeschiedenis bekend was. de leeftijd van het eerste justitiecontact kon echter veelal wel uit de Pro Justitia rapportages worden gehaald. Voor het bepalen van het aantal strafzaken en het soort van da-

⁴ Jaarbericht Openbaar Ministerie, 2005.

⁵ Van Gestel, Van Nieuwenhuizen & Achilles, 2002.

⁶ Beekman & Koenraadt, 2002.

⁷ Van Gestel, Van Nieuwenhuizen & Achilles, 2002; Beekman & Koenraadt, 2002.

der werd de WODC-recidivemonitor gehanteerd.⁸ de incidenten op de afdeling werden geoperationaliseerd aan de hand van de ervaringen van het personeel, waarbij het onderzoek van Hildebrand *et al.* tevens als leidraad werd gebruikt.⁹ de incidenten op de afdeling werden aan de hand van het verpleegkundige deel van het dossier, dat de dagelijkse aantekeningen over het verblijf op de afdeling bevat, verzameld. Ten behoeve van de eenduidigheid van beoordeling zijn vooraf en tijdens de dataverzameling consensusgesprekken met de beoordelaars gevoerd. Ten behoeve van de vergelijking van het aantal incidenten werden de incidenten geteld van de patiënten met een terbeschikkingstelling met bevel die in dezelfde periode met ontslag gingen.

Procedure:

Van de beheerder van de dossiers, de Eerste Geneeskundige, is toestemming verkregen voor het gebruik van de gegevens die voor dit onderzoek nodig waren. Met behulp van het elektronische patiëntensysteem en papieren overzichten werden de namen verzameld van alle patiënten die in genoemde periode in behandeling zijn geweest. Als eerste werden de demografische, justitiële en psychiatrische gegevens verzameld. Vervolgens werd het dossier gezien door één van de twee verpleegkundigen die de incidenten verzamelde. Ten behoeve van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van het aantal en soort incidenten op de afdeling werden van het aantal door de verpleegkundigen gescoorde dossiers er aselect 6 getrokken die door de andere verpleegkundige nogmaals werd gescoord. de verzamelde gegevens werden statistisch verwerkt met Statistiscal Package for Social Science (SPSS), versie 14.

3. Resultaten

Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid:

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (ICC) van de gescoorde incidenten was matig voor 'overige incidenten' (n=6; ICC= .51), goed voor 'overtredingen' (n=6; ICC= .65) en uitstekend voor het totale aantal incidenten en voor 'provocaties', 'verbaal geweld', 'verbale dreiging', 'fysiek geweld', 'isolatie' en 'ontsnapping' (n=6; ICC varieert tussen .77-1.00).

Demografische kenmerken

Uit tabel 1 blijkt dat het overgrote deel van de patiënten met een strafrechtelijke last tot plaatsing van het mannelijke geslacht is. de gemiddelde leeftijd van hen ligt rond de 37 jaar (M= 37,5; SD=11,2; range 20-69). de meeste patiënten hebben de Nederlandse nationaliteit en bijna de helft heeft ook de Nederlandse culturele achtergrond. Een zesde heeft ervaring met internaat of een pleeggezin. Bijna de helft heeft geen voortgezette opleiding en zo'n driekwart heeft ten tijde van het delict geen werk en geen relatie.

⁸ Wartna, Blom & Tollenaar, 2004; Wartna & Tollenaar, 2004.

⁹ Hildebrand, de Ruiter & Nijman, 2004.

Tabel 1: Demografische kenmerken (N=30).

Geslacht:		Hoogst genoten schoolop-	
- man	28 (93,3%)	leiding:	
- vrouw	2 (6,7%)	- ≤ LO	13 (43,3%)
		- lager beroeps en MO	9 (30%)
Leeftijd:		- HBO/WO	5 (16,6%)
- 18-25 jaar	4 (13,3%)	- Anders (ZMOK)	1 (3,3%)
- 26-35 jaar	11 (36,7%)	- onbekend	2 (6,7%)
- 36-45 jaar	6 (20%)		
- > 46 jaar	9 (30%)	Werk t.t.v. delict:	
		- ja	5 (16,7%)
Ned. nationaliteit	24 (80%)	- nee	23 (76,6%)
Ned. culturele afkomst	13 (43,3%)	- onbekend	2 (3,3%)
Ervaring met internaat of pleeggezin	5 (16,7%)	Relatie t.t.v. delict:	
		- ja	5 (16,7%)
		- nee	23 (76,6%)
		- onbekend	2 (6,7%)

Psychiatrische voorgeschiedenis

Het merendeel van de patiënten met een strafrechtelijke last tot plaatsing is eerder in behandeling geweest bij een of andere GGz-instantie (zie tabel 2). Het eerste contact met de hulpverlening vond rond het dertigste jaar plaats ($M=29,7$; $SD=9,6$; range: 16-59), maar de spreiding geeft aan dat deze leeftijd sterk varieert. De meesten van hen zijn zowel ambulantly als klinisch in behandeling geweest, bij driekwart vond opname met een civielrechtelijke machtiging plaats. Ook in het jaar voorafgaand aan het uitgangsdeldict was tweederde in behandeling en was een derde dat ten tijde van het delict nog steeds. Van bijna driekwart van de patiënten met een strafrechtelijke last tot plaatsing is bekend dat zij alcohol en/of drugs gebruiken, waarbij door meer dan de helft softdrugs wordt gebruikt en door bijna de helft harddrugs.

Tabel 2: Psychiatrische voorgeschiedenis (N=30).

Ooit eerder hulpverleningscontact gehad:		Behandeling in het jaar vooraf aan delict:	
- ja	27 (90%)	- nee	10 (33,3%)
- nee	2 (6,7%)	- ja, ambulant	8 (26,7%)
- onbekend	1 (3,3%)	- a, klinisch zonder RM	1 (3,3%)
		- ja, klinisch met RM	8 (26,7%)
Leeftijd eerste hulpverleningscontact:		Behandeling t.t.v. delict:	
- < 20jr.	4 (14,8%)	- nee	17 (56,7%)
- 20-29jr.	9 (33,3%)	- ja	10 (33,3%)
- 30-39jr.	10 (37%)		
- > 40jr.	3 (11,1%)	Middelengebruik:	
- onbekend	1 (3,7%)	- nee	8 (26,6%)
		- ja	22 (73,3%)
Eerder klinisch behandeld:		waarvan:	
- nee	4 (14,8%)	- alcohol	6 (20%)
- ja, zonder RM	2 (7,4%)	- softdrugs	17 (56,7%)
- ja, met RM	20 (74,1%)	- harddrugs	13 (43,3%)
- onbekend	1 (3,7%)	- onbekend	1 (3,3%)
Eerder ambulant behandeld:			
- nee	0		
- ja	26 (96,3%)		
- onbekend	1 (3,7%)		

Justitiële voorgeschiedenis

De groep patiënten met een strafrechtelijke last tot plaatsing bestaat voor tweederde uit mensen die in de vijf jaar voorafgaand aan het uitgangsdeldict niet of tot 2 keer veroordeeld zijn (zie tabel 3). de gemiddelde leeftijd waarop de patiënten met een strafrechtelijke last tot plaatsing voor het eerst veroordeeld werden is 29 jaar (M= 28,8; SD= 13,4; range: 14-66), maar de spreiding geeft aan dat deze leeftijd sterk varieert. Indien veroordeeld dan lag de gemiddelde onvoorwaardelijke celstraf op 121 dagen (range: 0-776; SD=212,6). Een klein percentage van hen is al eens eerder veroordeeld tot een strafrechtelijke machtiging, geen van hen heeft eerder tbs gehad.

Tabel 3: Justitiële voorgeschiedenis (N=30).

Leeftijd eerste veroordeling:		Aard uitgangsdelict:	
- < 20jr.	9 (30%)	- geweld	7 (23,3%)
- 20-29jr.	10 (33,3%)	- poging/dreiging geweld	15 (50%)
- 30-39jr.	4 (13%)	- geen geweld	8 (26,6%)
- > 40jr.	7 (23,7%)		
Dadertype:		Slachtoffer van delict is bekende:	
- geen eerdere delicten	8 (26,7%)	- nee	12 (40%)
- incidentele dader (1-2x)	13 (43,4%)	- ja	14 (46,7%)
- laagfreq. veelpleger (3-4x)	1 (3,3%)	- geen personen	4 (13,3%)
- hoogfreq. veelpleger (5-10x)	7 (23,3%)		
- zeer hoogfreq. veelpl. (<10x)	1 (3,3%)	Slachtoffer indien bekende:	
- onbekend	0	- familie (w.o. partner/ex-partner)	4 (28,6%)
		- vrienden en bekenden	7 (50%)
		- autoriteitspersonen	3 (21,4%)
Duur totale onvoorwaardelijke gevangenisstraf:		Psychose t.t.v. delict:	
- 0-250 dagen	25 (83,3%)	- ja	29 (96,7%)
- 251-500 dagen	2 (9,1%)	- nee	1 (33%)
- 501-750 dagen	2 (9,1%)	- onbekend	0
- 751-1000 dagen	1 (4,5%)		
- > 1000	0	Middelengebruik t.t.v. delict:	
Eerder tbs:		- ja	7 (23,3%)
- ja	0	- nee	11 (36,7%)
- nee	30 (100%)	- onbekend	12 (40%)
Eerder strafrechtelijke plaatsing:		Medicatie t.t.v. delict:	
- ja	4 (13,3%)	- ja	8 (26,7%)
- nee	26 (86,7%)	- nee	15 (50%)
		- onbekend	7 (23,3%)

Kenmerken rond aanmelding, behandeling en ontslag

Patiënten met een strafrechtelijke plaatsing worden voornamelijk door de Forensisch Psychiatrische Dienst (FPD) doorverwezen (zie tabel 4).¹⁰ Bij opname op de FPA is dan inmiddels gemiddeld 3 maanden van de maatregel verstreken. de gemiddelde opnameduur is 9 maanden, waarbij een eventuele voortzetting van de opname op de FPA in het kader van een civiele machtiging is inbegrepen. Het grootste deel van de ontslagen is in lijn met het advies van de staf. Hoewel bij ruim tweederde de strafrechtelijke maatregel bij ontslag verloopt, wordt deze bij de meesten van hen voortgezet middels een civiel-

¹⁰ Sinds 2006 is de FPD opgegaan in het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP).

rechtelijke machtiging. Bijna de helft gaat na het verblijf op de FPA naar huis, al dan niet in combinatie met een doorverwijzing voor een ambulante behandeling. Een bijna even grote groep vervolgt de behandeling intra- of semimuraal, bijvoorbeeld in een Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis (APZ) of een Regionale Instelling voor Beschermde Woonvormen (RIBW). Een klein percentage wordt doorverwezen naar een forensische instelling als een FPK of een Penitentiaire Instelling (PI) en een deel onttrekt zich aan zorg. Het overgrote deel van de ontslagen patiënten met een strafrechtelijke plaatsing komt na ontslag ook daadwerkelijk in zorg.

Tabel 4: Gegevens van aanmelding, behandeling en ontslag (N=30).

Verwijzer:		Beëindiging maatregel:	
reclassering	2 (6,7%)	- ja	21 (70%)
- FPD	21 (70%)	- nee	9 (30%)
- FOBA	4 (13,3%)		
- PI	3 (10%)	Voortzetting BOPZ:	
- TBS-instelling	0	- ja	13 (43,3%)
- FPA	0	- nee	8 (26,7%)
		- n.v.t.	9 (30%)
Duur lopende maatregel tot	3,1 (3,1)		
opname in mnd. [M; (SD)]	8,9 (4,2)	Bestemming na ontslag:	
Opnameduur in mnd. [M;	0,3 (0,6)	- naar huis/ambulant	13 (43,3%)
(SD)]	25 (83,3%)	- intra/semimuraal	11 (36,7%)
Aantal heropnames [M;	0	- forensische instelling	2 (6,7%)
(SD)]	1 (3,3%)	- anders	4 (13,3%)
	4 (13,3%)	In behandeling gekomen	
Vorm van ontslag:		na ontslag:	
- conform		- ja	24 (80%)
- contrair		- nee	6 (20%)
- heropname			
- anders			

Psychiatrische kenmerken

Uit tabel 5 blijkt dat het merendeel van de patiënten met een strafrechtelijke last tot plaatsing gediagnosticeerd is met een psychotische stoornis, waarvan het bij tweederde schizofrenie betreft. Bij bijna de helft is tevens sprake van een aan middelen gerelateerde stoornis. Daar de diagnose op as-II bij opname in veel gevallen werd uitgesteld, is er voor gekozen om hier de ontslagdiagnose op as II te gebruiken. Bij eenderde van de patiënten met een strafrechtelijke last tot plaatsing is sprake van een persoonlijkheidsstoornis. Bij meer dan de helft is de diagnose tijdens opname niet helder geworden, mogelijk als gevolg van te prominent aanwezige as-I-stoornis of kon uiteindelijk geen diagnose op as-II worden vastgesteld. Het intellectueel functioneren ligt bij de meeste patiënten met een strafrechtelijke plaatsing op gemiddeld of lager. Bij een klein aantal werd zwakzinnigheid vastgesteld. Bij eenderde was het niveau van intellectueel functioneren niet terug te vinden in het dossier.

Tabel 5: Psychiatrische kenmerken (N=30).

diagnose as-I:		intelligentiescore	
- psychotische stoornis	29 (96,7%)	- < 90	9 (30%)
[waarvan schizofrenie]	19 (65,5%)	- gemiddeld	7 (23,3%)
- diagnose uitgesteld	1 (3,3%)	- > 110	5 (16,6%)
- tevens diagnose middelenafhankelijkheid/misbruik	13 (43,3%)	- missing	9 (30%)
diagnose as-II (ontslag):		Aantal diagnosen bij ontslag:	
- geen	8 (26,6%)	- Eén diagnose	8 (26,7%)
- ja (cluster B/NAO)	10 (33,3%)	- Twee diagnosen	16 (53,3%)
- ja, zwakzinnigheid	2 (6,6%)	- Drie diagnosen	6 (20%)
- uitgestelde diagnose	10 (33,3%)		

Incidenten op de afdeling

Van 4 patiënten was het verpleegkundedossier niet compleet en konden de incidenten niet worden gemeten. Uit de dossiers die wel bij de meting konden worden betrokken blijkt dat alle patiënten van beide onderzoeksgroepen gedurende de behandelperiode incidenten hebben veroorzaakt. Wanneer gekeken wordt naar het aantal incidenten dat de patiënten met een strafrechtelijke plaatsing veroorzaakten dan lag dit gemiddeld op ruim 1 incident per week (zie tabel 6). Het overtreden van de huisregels werd het meest gerapporteerd, gevolgd door provocaties. Het aantal maal dat een patiënt met een strafrechtelijke plaatsing moest worden geïsoleerd kwam relatief het minst vaak voor. Van patiënten met een terbeschikkingstelling werden minder vaak per week incidenten gerapporteerd. Wanneer van een incident sprake was dan ging het in de meeste gevallen om provocaties en overtredingen van de huisregels. Isolatie kwam gedurende de onderzoeksperiode bij deze patiëntgroep nauwelijks voor. Het verschil tussen het relatieve aantal incidenten per week is significant, en dit is conform de hypothese. Patiënten met een strafrechtelijke plaatsing overtreden significant vaker de huisregels en veroorzaken vaker ‘overige’ incidenten, zoals brandjes stichten, het vervalsen van de zakgeldbon, of dat een patiënt de politie belt omdat hij het niet eens is met de behandeling.

Tabel 6: Verschillen in aantal en soort van incidenten op de afdeling.¹

	Strafrechtelijke plaatsing (N=26)	Tbs met be- vel (N=8)	Mann- Whitney U Z
Totaal aantal incidenten [M; (SD)]	1,13 (1,23)	0,29 (0,24)	-2,274*
Aantal incidenten naar soort [M; (SD)]			
overtredingen huisregels	0,67 (0,89)	0,14 (0,10)	-2,030*
provocaties	0,23 (0,22)	0,08 (0,08)	-1,463

verbaal geweld	0,02 (0,03)	0,01 (0,02)	-0,314
verbale bedreiging	0,07 (0,08)	0,03 (0,06)	-1,316
fysiek geweld	0,02 (0,04)	0,01 (0,02)	-1,185
isolatie	0,01 (0,03)	0,002 (0,00)	-1,010
ontsnapping	0,05 (0,08)	0,02 (0,03)	-0,894
overige incidenten	0,06 (0,07)	0,01 (0,01)	-2,159*

*Significantieniveau (tweezijdig): * <0,05.*

¹ Het gemiddelde is bepaald aan de hand van de somscore van het aantal incidenten per patiënt per week.

4. Discussie en conclusie

In dit rapport wordt verslag gedaan van een onderzoek naar patiënten met een strafrechtelijke last tot plaatsing die zijn behandeld op de FPA in Heiloo. Rond patiënten met een strafrechtelijke last tot plaatsing is tot op heden beperkt onderzoek gedaan. Met dit onderzoek wordt een beschrijving gegeven van patiënten met een strafrechtelijke last tot plaatsing die op de FPA te Heiloo zijn behandeld en wordt antwoord gegeven op de volgende vragen: wat zijn de demografische, justitiële en psychiatrische kenmerken van de patiënten met een strafrechtelijke plaatsing, hoe gedragen zij zich tijdens opname en slaagt de FPA er in de sluisfunctie naar de reguliere GGz te vervullen.

Patiënten met een strafrechtelijke last tot plaatsing zijn met name patiënten van het mannelijk geslacht, hebben overwegend de Nederlandse nationaliteit en zijn laag opgeleid. Zij hebben veelal geen werk of relatie. de meesten van hen zijn eerder in contact geweest met de hulpverlening, zowel klinisch als ambulant, en waren ook in behandeling in het jaar voorafgaand aan het uitgangsdeldict, waarbij een kwart van hen klinisch was opgenomen. Hoewel driekwart van de patiënten in de vijf jaar voorafgaand aan het uitgangsdeldict niet of incidenteel is veroordeeld, vindt de eerste veroordeling bij bijna eenderde al voor het twintigste levensjaar plaats. Bij het uitgangsdeldict, dat in praktisch alle gevallen in psychotische toestand wordt gepleegd, is in driekwart van de gevallen sprake van een poging -of dreigdeldict of valt het deldict niet binnen de categorie geweldsdeldicten.

De meeste patiënten worden door de FPD doorverwezen. de gemiddelde wachttijd voor opname op de FPA bedraagt 3 maanden, de gemiddelde opnameduur bedraagt 9 maanden. Bij praktisch alle patiënten is sprake van een psychotische stoornis, waarvan bij tweederde schizofrenie wordt vastgesteld. Bij bijna de helft is tevens sprake van een aan middelen gerelateerde stoornis. Bij driekwart worden minimaal twee psychiatrische diagnoses gesteld. Tijdens opname veroorzaken patiënten met een strafrechtelijke last tot plaatsing significant vaker incidenten op de afdeling dan terbeschikkinggestelden die in dezelfde periode hun behandeling hebben beëindigd. Het betreft daarbij vooral het overtreeden van de huisregels en het schenden van met de patiënt persoonlijk gemaakte afspraken. Hoewel bij het merendeel de maatregel bij ontslag wordt beëindigd, wordt in bijna de helft van de gevallen de machtiging civielrechtelijk voortgezet. Bijna de helft gaat na ontslag naar huis, veelal gecombineerd met een ambulant behandelcontact. Eenderde zet de behandeling intra- of semimuraal voort. Tachtig procent van de patiëntgroep komt daadwerkelijk in zorg.

De bevindingen uit dit onderzoek komen gedeeltelijk overeen met de bevindingen van de eerder genoemde Van Gestel *et al.* Het percentage mannelijke patiënten en het percentage

patiënten met een psychotische stoornis is weliswaar gelijk maar in het onderhavig onderzoek is het percentage patiënten met een diagnose middelenafhankelijkheid/misbruik lager. Ook is in onderhavig onderzoek het percentage patiënten dat een poog- of dreigdelict pleegt hoger dan in voorgenoemd onderzoek van Van Gestel *et al.* Mogelijk dat het hogere percentage geweldsdelicten in de onderzoeksgroep van Van Gestel *et al.* samenhangt met het hogere percentage patiënten met een aan middelen gerelateerde stoornis in die groep. Het is bekend dat de combinatie van een psychotische stoornis en een middelengerelateerde stoornis een sterke voorspeller is van geweld.¹¹

Wat verder opvalt is dat deze patiënten tot het uitgangsdeldict komen ondanks dat zij een uitgebreide hulpverleningsgeschiedenis hebben en tot in het jaar van het uitgangsdeldict in zorg zijn. de vraag is hoe dit kan. Is het zo dat de reguliere hulpverlening onvoldoende inzicht heeft in de risicofactoren die bijdragen tot recidive? Of hebben zij onvoldoende middelen om patiënten uit de criminaliteit te houden doordat een maatregel of machtiging pas wordt afgegeven *nadat* het leed is geschied? de relatief ‘milde’ justitiële voorgeschiedenis, althans voor de vijf jaar voorafgaand aan het uitgangsdeldict, zou doen vermoeden dat het voor wat het aantal recidive betreft mee zou kunnen vallen maar het is de vraag of dit zo is. Een substantieel deel van de onderzoeksgroep is al voor het twintigste levensjaar voor het eerst veroordeeld en het zou goed kunnen zijn dat het exacte aantal delicten onbekend is. Misschien wordt een aantal delicten met de mantel der psychiatrie bedekt en wordt geen aangifte gedaan, mogelijk mede doordat de aard van de delicten die door psychotische patiënten worden gepleegd meestal weinig ernstig zijn.¹² Daarbij is het tevens de vraag welk percentage patiënten met een strafrechtelijke last tot plaatsing *niet* recidiveert en profiteert van de aangeboden zorg.

Het blijkt, althans voor deze onderzoeksgroep, dat de observatie klopt dat patiënten met een strafrechtelijke last tot plaatsing meer incidenten op de afdeling veroorzaken dan de controlegroep terbeschikkinggestelden. Dat deze laatste groep een geheel andere patiëntgroep is doet aan die observatie niets af. Ook blijkt dat het niet slechts een kleine groep patiënten betreft die het grootste deel van de incidenten veroorzaakt, zoals elders werd vastgesteld, maar dat alle patiënten van deze onderzoeksgroep incidenten veroorzaken.¹³

Wellicht dat deze incidenten op de afdeling, en daarmee het niet aanpassen van het gedrag, samenhangt met de aard van de stoornis en/of de aard van de maatregel. Op de afdeling wekt het niet aanpassen van het gedrag de indruk dat patiënten met een strafrechtelijke last tot plaatsing hun tijd uitzitten omdat van de maatregel geen prikkel uitgaat om het gedrag te veranderen. Het kan zijn dat deze patiënten hun gedrag na ontslag voortzetten en recidiveren.

Ten slotte is het zorgwekkend dat een dergelijke groep psychiatrische patiënten met complexe psychiatrische problematiek gemiddeld drie maanden moet wachten voor behandeling, dat de behandeling door de wachttijd wordt bekort en dat bij een substantieel aantal de behandeling binnen een civielrechtelijk kader moet worden voortgezet. de vraag is of strafrechtelijke last tot plaatsing als behandelkader wel voldoende functioneert, wat elders eveneens wordt gesuggereerd.¹⁴

Aan dit onderzoek kleven beperkingen. Het betreft een retrospectief onderzoek dat is uitgevoerd bij een kleine onderzoeksgroep en op één forensisch psychiatrische afdeling. Het aantal incidenten dat op de afdeling is veroorzaakt door de onderzoeksgroep is weliswaar

¹¹ Swanson, Borum & Swartz, 1996.

¹² Van Panhuis & Dingemans, 2000.

¹³ Flannery, 2002.

¹⁴ Van Panhuis, 1997; Beekman & Koenraadt, 2002.

vergeleken met een controlegroep, maar deze was anders van aard en kleiner in aantal. In hoeverre de resultaten generaliseerbaar zijn naar de gehele populatie patiënten met een strafrechtelijke plaatsing bij verschillende instellingen moet nader worden onderzocht. Een longitudinaal onderzoek met een grotere onderzoeksgroep en een gedegen controlegroep, uitgevoerd bij verschillende instellingen zou meer zicht kunnen geven op de patiëntgroep met de strafrechtelijke last tot plaatsing. Daarnaast zal recidiveonderzoek kunnen vaststellen hoe het deze patiëntgroep vergaat na ontslag, en zal licht kunnen werpen of deze patiënten inderdaad hun gedrag niet veranderen en hun tijd uitzitten en de maatregel niet het doel dient waarvoor hij wordt opgelegd. Over de uitkomsten van onderzoek naar recidive bij de onderzoeksgroep van deze bijdrage wordt een publicatie voorbereid.

Personalia

Drs. W.H.M. Peek is klinisch psycholoog en deed als klinisch psycholoog in opleiding bij GGZ-Noord Holland Noord onderzoek op de FPA in Heiloo.

Mw. Dr. A. Nugter is senior onderzoeker bij deze instelling.

Aangehaalde literatuur

Beekman & Koenraadt 2002

J.E. Beekman & F. Koenraadt, 'De strafrechtelijke last tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis', *Delikt en Delinkwent* 2002; 32, 8, p. 828-54.

Flannery 2002

R.B. Flannery, 'Repetitively assaultive psychiatric patients: review of the published findings, 1978-2001'. *Psychiatry Quarterly* 2002, 73, 3, Fall, p. 229-37.

Gestel, van, Nieuwenhuizen, van & Achilles 2002

C.J. van Gestel, Ch. van Nieuwenhuizen & R.A. Achilles. 'Vormen 'artikel-37-patiënten' een zware last?' *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2002, 44, 9, p. 627-31.

Hildebrand, de Ruiter & Nijman 2004

M. Hildebrand, C. de Ruiter & H. Nijman. 'PCL-R Psychopathy Predicts Disruptive Behaviour Among Male Offenders in a Dutch Forensic Hospital'. *Journal of Interpersonal Violence* 2004, 19, 13, p. 13-29.

Jaarbericht Openbaar Ministerie 2005

Jaarbericht Openbaar Ministerie. Den Haag: Voorlichtingsdienst Openbaar Ministerie 2005

Kooijmans 2002

T. Kooijmans. *Op maat geregeld?* Een onderzoek naar de grondslag en de normering van de strafrechtelijke maatregel. Academisch proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam. Rotterdam: Kluwer Uitgeverij 2002.

Van Panhuis 1996

P.J.A. van Panhuis. *de psychotische patiënt in de TBS. Van kwaad tot erger*. Academisch proefschrift. Deventer: Gouda Quint 1997.

Van Panhuis & Dingemans 2000

P.J.A. van Panhuis & P.M. Dingemans. Geweld en psychotische ziekte. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2000, 42, 11, p. 793-802.

Swanson, Borum & Swartz 1996

J.W. Swanson, R. Borum & M.S. Swartz. 'Psychotic symptoms and disorders and the risk of violent behaviour in the community'. *Criminal Behaviour and Mental Health* 1996, 6, p. 309-329.

Wartna, Blom & Tollenaar 2004

B.S.J. Wartna, M. Blom & N. Tollenaar. de *WODC-Recidivemonitor*. Den Haag: WODC 2004.

Wartna & Tollenaar 2004

B.S.J. Wartna & N. Tollenaar. *Bekenden van Justitie. Een verkennend onderzoek naar de "veelplegers" in de populatie van vervolgte daders*. Onderzoek en Beleid nr. 216. Meppel: Boom Juridische Uitgevers 2004.

HOOFDSTUK 4

TBS EN RECLASSERING

Forensische psychiatrie in 2018: een bloeiende boom of een knotwilg?

M. Drost

1. Inleiding

De forensische psychiatrie is een breed vakgebied, dat rapportage, behandeling, onderzoek en opleiding omvat. Haar taak is per definitie tweeledig: een vakinhoudelijk bijdrage leveren aan een goede rechtsgang en state of the art behandeling bieden aan patiënten die vanwege hun stoornis met justitie in aanraking zijn gekomen. Bij een blik in de toekomst van de forensische psychiatrie in Nederland zal dan ook een waaier van onderwerpen aan de orde moeten komen. Op alle terreinen is anno 2007 een koortsachtige ontwikkeling gaande, waarvan nog moet blijken waar deze uitkomt. Op gevaar af, dat de hier gepresenteerde prognoses al binnen een jaar achterhaald zijn, is het toch de moeite waard om bestaande ontwikkelingslijnen te extrapoleren naar een toekomstig tijdstip dat tot tien jaar vóór ons ligt.

De volgende onderwerpen komen aan de orde:

1. de effecten van de nieuwe financiering van forensisch psychiatrische zorg
2. verschuiving in de doelgroepen
3. synergie tussen forensische psychiatrie en GGZ
4. inhoudelijke ontwikkelingen
5. politisering.

2. De effecten van de wijziging in de financiering van forensisch psychiatrische zorg

De financieringswijze van de forensisch psychiatrische zorg en behandeling verandert drastisch per 1 januari 2008. Tot die datum leveren de forensisch psychiatrische centra (FPC's) klinische en poliklinische behandeling aan personen die daartoe verplicht zijn vanwege een strafrechtelijk vonnis, direct of indirect bekostigd door het Ministerie van Justitie. Een aanzienlijk aantal van de cliënten van de forensische poliklinieken is echter op vrijwillige basis in behandeling. Deze behandelingen worden ingekocht en betaald door de ziektekostenverzekeraars. Per 1 januari 2008 is echter het Ministerie van Justitie i.c. de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) de enige partij die zorg voor personen met een justitiële titel inkoop, zowel intra- als extramuraal. Net als in de gezondheidszorg het geval is, vormen daarbij Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) de basis voor afspraken over inkoop van zorg. In de forensische psychiatrie wordt hieraan een beveiligingscomponent toegevoegd, zodat sprake is van Diagnose-, Behandel- en Beveiligingscombinaties (DBBC's). Hiermee zal ook in de forensische psychiatrie de marktwerking een feit worden.

Wat deze ingrijpende verandering op den duur zal betekenen, is op dit moment nog niet in volle omvang te overzien. Een aantal gevolgen tekent zich echter eind 2007 reeds af:

- a. na invoering zal er een chaotische periode van een aantal jaren ontstaan, te vergelijken met de situatie in de somatische zorg en de rest van de GGz bij invoering van de DBC's;
- b. er komen meer en andere zorgaanbieders, met als gevolg meer concurrentie;
- c. concurrentie verhoudt zich slecht tot gezamenlijkheid, die met name van het tbs-veld verwacht wordt;
- d. de verhouding tussen DJI en FPC's verandert.

ad a: in de andere sectoren van de gezondheidszorg heeft de invoering van de DBC's heel wat voeten in de aarde gehad of heeft dat nog. Dit zit deels vast op de beschikbaarheid van goede ICT-voorzieningen, deels op de bedrevenheid van degenen die de DBC's moeten openen, invullen en sluiten. de betaling van de facturen geschiedt pas achteraf, na afsluiten van de behandeling. Dit leidt bijvoorbeeld voor vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten tot grote problemen met de continuïteit van hun inkomen, zeker als behandelingen langer duren. de administratieve belasting van medewerkers, c.q. de verantwoordelijke psychiaters en psychologen in de instellingen, neemt beduidend toe. Dit proces zal zich ongetwijfeld ook in de forensische psychiatrie afspelen, niet alleen in de periode waarin DBBC's geregistreerd moeten worden, maar ook wanneer de DBBC-systematiek daadwerkelijk ingevoerd zal worden.

ad b: naast de bestaande FPC's zijn ook nieuwe psychiatrische instellingen actief in het aanbieden van verschillende vormen van forensische zorg. Het gaat hierbij tot nu toe vooral om laag of gemiddeld beveiligde klinische zorg en poliklinische voorzieningen. Ook de forensische verslavingszorg zal naar verwachting een snelle ontwikkeling doormaken. de taak van de reclassering wordt belangrijker, met de bijbehorende financiële middelen, bijvoorbeeld in het toezicht houden op ex-tbs gestelden. de reclassering zelf is actief in het ontwikkelen van therapeutisch getinte programma's, zoals die voor agressiehantering. Er komen dus niet alleen meer spelers in het veld, maar deze zullen door de marktwerking alle proberen een deel van de markt voor zich op te eisen.

Ad c: In 1998 verscheen het rapport 'Over Stroom', gericht op verbetering van de in-, door- en uitstroom bij het tbs-systeem. Toen al werd veel heil gezien in nauwere samenwerking tussen het forensische veld en de algemene GGz. Het rapport van de Commissie beleidsvisie tbs ('commissie Kosto') uit 2001 stond een verdergaande integratie van de forensische psychiatrie in de algemene psychiatrie voor. Sindsdien zijn vele pogingen ondernomen om levensvatbare en effectieve regionale samenwerkingsverbanden ('forensische circuits') op te zetten. In enkele gevallen is dat gelukt, maar evenzo vaak zijn deze lofwaardige initiatieven een zachte dood gestorven. Toch blijft met name vanuit de politiek, maar ook vanuit de behoefte aan kwaliteitsverbetering, de roep om meer samenwerking in het forensische veld bestaan. Toegespitst op het tbs-veld zijn er zeker ontwikkelingen in die richting, bijvoorbeeld door gemeenschappelijke deelname aan onderzoek en opleiding, maar er bestaat hier tegen ook een ingebakken obstakel. de ene kliniek heeft namelijk een grotere onderzoeksafdeling dan de andere, of heeft gemeenschappelijk optrekken hoger in het vaandel dan de andere. Waar de verstandhouding met een andere kliniek goed is, komt het tot samenwerking. Is de relatie minder goed of bestaat zij nauwelijks, dan komt gezamenlijk optreden ook minder vanzelfsprekend van de grond. In deze context is de introductie van marktwerking en concurrentie natuurlijk niet bevorderlijk voor een onbevangen toenadering, ook al zouden de partijen meer samen willen doen. Het ontwikkelen van zorgprogramma's, meetinstrumenten en cursussen is in het belang

van alle instellingen, maar het is ook een methode om een alternatieve financiering te realiseren en de eigen instelling te profileren.

Ad d: in het inkoopmodel vervult het Ministerie van Justitie de rol van zorginkoper. Er is dus sprake van een klant-leverancier verhouding met de zorgaanbieders. Wat de inkoop van tbs-bedden betreft bestaat er echter een scheve situatie, doordat er zowel particuliere instellingen als rijksinstellingen zijn die deze zorg leveren. Kan Justitie bij haar eigen instellingen inkopen? Worden zij uitgesloten van de marktwerking en zo ja, is dat dan geen oneerlijke concurrentie?

Een inkoper kan eisen stellen aan de manier waarop het product tot stand komt. Dat wil zeggen dat het Ministerie van Justitie, zoals reeds het geval is, regels kan stellen waaraan klinieken zich te houden hebben. Als een kliniek alleen tbs-zorg levert, is dat nog te overzien, maar wat als een instelling slechts een beperkt aantal tbs-gestelden herbergt tusschen van een groot aantal 'gewone' GGz-cliënten? Zal het voor die instelling dan op termijn nog interessant zijn om een zorgaanbod te blijven doen? Of zal na een aantal jaren blijken dat men zich wel op de forensische markt begeven heeft, maar dat dit teveel rompslomp, strakke regels en politieke druk met zich meebrengt? In tegenstelling tot de bestaande verhoudingen kan een zorgaanbieder ook besluiten een bepaald pakket niet meer aan te bieden. Tot nog toe was dat een grotendeels onbekend fenomeen bij die FPC's die alleen tbs-gestelden behandelden. Zowel voor zorgaanbieders als voor DJI zal het wennen zijn dat een relatie zorgaanbieder- zorginkoper aan beide partijen in principe meer vrijheid biedt, dat er twee partijen zijn die ergens over onderhandelen.

Hoe zullen de effecten van de andere financiering er over tien jaar uitzien? de eerste vijf jaar zullen waarschijnlijk vooral gekenmerkt worden door het vinden van een vertaling van de ingezette processen. de onderlinge verhoudingen tussen inkoper en zorgaanbieders zal zich vormen, in een proces van stevige concurrentie. Na het aanvankelijke enthousiasme van met name bestuurders in de GGz verwacht ik geleidelijk een kentering. de noodzaak van beveiliging zal een effect op het klimaat van de GGz-instelling hebben, dat men niet altijd wenselijk zal achten. de patiënten vertonen nog steeds hetzelfde moeilijke gedrag als waarom zij nu al 20 jaar mondjesmaat toegang tot de GGz krijgen. de weerstand bij medewerkers en andere stakeholders tegen uitbreiding van forensische voorzieningen zal ook een dam opwerpen tegen al te grote ambities. Ook in de forensische zorg door de GGz zullen ernstige delictrecidives voorkomen die de instelling in de schijnwerpers zetten. In de concurrentieslag tussen de vele zorgaanbieders zal uiteindelijk een beperkt aantal overblijven, die een breed palet aan forensisch zorg zullen proberen te ontwikkelen. Voor kleinere partijen zal de belasting van de steeds toenemende overheidsbemoeienis, regelgeving, beveiligingseisen en administratieve belasting op den duur niet opwegen tegen de startsubsidies en de hogere tarieven.

3. Verschuiving in de doelgroepen

Niet alleen de bestaande FPC's, maar ook GGz-instellingen die tot nog toe niet actief waren op forensisch psychiatrisch gebied, zullen zoeken naar forensische doelgroepen aan wie zij een passend zorgaanbod kunnen doen. de vraag vanuit de overheid is aanwezig en de geboden tarieven zijn aantrekkelijk. In de praktijk bestaat er echter veel weerstand onder medewerkers, cliënten en familieraden en de omwonenden tegen het opnemen van forensisch psychiatrische cliënten in de GGz-instellingen. Daarom is het te verwachten dat instellingen ofwel 'geruststellende' zwaarder beveiligde afdelingen zullen willen

neerzetten, of een doelgroep zoeken die aansluit bij wat ze al 'in huis' hebben. Te denken valt aan psychotici, verstandelijk gehandicapten, verslaafden of jongeren.

Het gevangeniswezen zit intussen ook niet stil. Daar zijn vijf regionale centra gevormd, waar de tot dusver over tal van bijzondere afdelingen verspreide gedetineerden die psychiatrische zorg behoeven, geconcentreerd worden. Door de grotere omvang van deze regionale voorzieningen zal de kwaliteit van de zorg gemakkelijker geborgd worden doordat er een passend afdelingsklimaat geboden kan worden of voldoende geschoold personeel kan worden aangetrokken. Het is de bedoeling dat de zorg voor deze groepen bij de GGz ingekocht wordt. Daar ontstaat dus daadwerkelijk een nieuwe doelgroep voor de GGz. Hoe die zorg er uit moet zien en wat de GGz daarin kan betekenen, is echter nog niet uitgekristalliseerd. de Gevangenismaatregel biedt mogelijkheden om psychiatrisch gestoorde gedetineerden over te plaatsen naar een GGz-instelling of FPC. Het is dus mogelijk dat GGz-instellingen deze gedetineerden overnemen ter verpleging in een voldoende beveiligde afdeling op hun terrein. DJI zal zeker eisen aan die beveiliging stellen. Het is ook denkbaar dat in de setting van de gevangenis een klinische afdeling wordt ingericht vanuit de GGz-instelling. Psychisch zieke gedetineerden die een hoge mate van beveiliging nodig hebben, zouden ook overgeplaatst kunnen worden naar de bestaande FPC's die al over de vereiste mate van beveiliging beschikken. Zij nemen dan wel de plaats van tbs-gestelden in, zodat mogelijk uitbreiding van het aantal bedden in de hoog beveiligde FPC's nodig is.

Het is mijns inziens een goede ontwikkeling, dat de vele psychiatrisch zieke gedetineerden die in het gevangeniswezen verblijven, op wat grotere en dus gemakkelijker adequaat in te richten afdelingen, worden ondergebracht. Ik ben ook een warm voorstander van het opnemen van psychiatrische patiënten met een strafrechtelijke titel op grond van hun behoefte aan zorg en van de vereiste mate van beveiliging, in plaats van op grond van strafrechtelijke titel. Sinds het rapport Over Stroom uit 1998 en dat van de Commissie Beleidsvisie tbs uit 2001 is verdere integratie van forensische en algemene psychiatrie de wens van velen. Wellicht gaat dat de komende jaren inderdaad gebeuren waar het gedetineerde patiënten betreft.

Ondanks behandeling zullen bepaalde patiënten niet voldoende herstellen om zelfstandig in de maatschappij terug te keren. In het bijzonder voor forensisch psychiatrische patiënten betekent dat een noodzaak om qua zorg en beveiliging geschikte voorzieningen te bieden waar zij desnoods zeer langdurig kunnen verblijven. In dit zorgaanbod is al veel ontwikkeld. Menige RIBW biedt plaats aan bewoners met een strafrechtelijke titel en, voor een hoger beveiligingsniveau, bestaan er voor tbs-gestelden een aantal longstay voorzieningen. GGz Eindhoven zal in 2008 een afdeling voor langdurige zorg voor forensische patiënten openen. de behoefte aan meer van zulke afdelingen is zeker aanwezig. Niet alle chronisch zorgbehoefte forensische patiënten hebben immers een hoog beveiligingsniveau nodig. Helaas is de afgelopen jaren dit verschil niet erkend. Tbs-gestelden met een slechte prognose ten aanzien van resocialisatie krijgen de status van longstay patiënt, die uitsluitend de mogelijkheid van begeleid verlop biedt en opname vereist in een stevig beveiligde instelling. Onder deze groep bevinden zich echter ook een aantal personen die geen delictrisico op korte termijn vormen, en zelfs niet op de langere termijn, mits zij maar in een gestructureerde omgeving met toezicht op hun psychische conditie en medicatiegebruik verblijven. Zij worden ten onrechte meer dan nodig beperkt in hun kwaliteit van leven. Om die reden is er in juridische, bestuurlijke en forensisch psychiatrische kringen een discussie gaande of en hoe er een differentiatie aangebracht kan worden binnen de longstay voorzieningen. Waarschijnlijk zal deze discussie er binnen enkele

jaren toe leiden, dat alleen diegenen die op korte termijn een gevaar vormen binnen het streng beveiligde kader blijven. Anderen kunnen op grond van hun specifieke risicoprofiel een plaats vinden op een longstay afdeling met een ruimer vrijhedenbeleid of zelfs op een middelmatig beveiligde afdeling van een GGz-instelling. de tbs-wetgeving zegt immers, dat de vrijheden van de tbs-gestelde niet meer beperkt mogen worden dan voor afwending van delictgevaar noodzakelijk is. In deze ontwikkeling komt er weer meer ruimte voor een individueel bepaald behandelings- en verpleegplan conform de WGBO en neemt het detentiekarakter van de huidige situatie af. de kwaliteit van leven van de chronische forensische patiënt zal daardoor toenemen, waar dat mogelijk en verantwoord is. Juist voor deze groep is afstemming van de interne rechtspositie met die van de BOPZ nog een ingewikkelde zaak, die opgelost zal moeten worden willen zij ooit met een longstay titel in een GGz-voorziening opgenomen kunnen worden.

4. Synergie tussen forensische psychiatrie en GGz

In de hier beschreven ontwikkelingen zullen onvrijwillig opgenomen patiënten van diverse pluimage in één instelling worden opgenomen. FPC's en GGz-instellingen zullen cliënten/patiënten krijgen die onder de Gevangenismaatregel vallen, onder de BOPZ of onder de maatregel van terbeschikkingstelling. Een struikelblok wordt gevormd door de verschillende rechtsposities van al deze groepen. Weliswaar is gepoogd de regelgeving voor behandeling van gedetineerden en tbs-gestelden af te stemmen op de BOPZ, maar er zijn toch verschillen in rechtspositie. de regels rond dwangbehandeling en separatie c.q. isolatie zijn bijvoorbeeld niet volledig hetzelfde. Ook de wijze waarop patiënten een klacht over hun behandeling en bejegening kunnen indienen verschilt. de patiëntenvertegenwoordiging is anders geregeld. Een patiëntenvertrouwenspersoon bestaat wel in de GGz, maar niet in het gevangeniswezen en de tbs. Daar is een Commissie van Toezicht aanwezig.

Het is een interessante vraag, of deze verschuiving en reallocatie van de forensische doelgroepen van invloed zullen blijken te zijn op een andere reeds gaande zijnde beweging, te weten de ontwikkelingen in de BOPZ. de derde evaluatie BOPZ zal eind 2007 worden afgerond, maar de voorgestelde aanpassingen gaan velen niet ver genoeg. de BOPZ blijft beperkt tot een wet die onvrijwillige opnames regelt. Zolang echter na die opname niet ook onvrijwillige behandeling mag volgen, verandert er niets wezenlijks en is de effectiviteit van de opname gering als de patiënt niet wenst mee te werken aan behandeling. de behoefte aan een behandelwet, die niet alleen in opname voorziet, maar ook in effectieve behandeling, blijft daarom bestaan. Of dat in de komende vijf jaar zal lukken is de vraag, want het denken over de autonomie en vermogen tot kiezen van ernstig zieke psychiatrische patiënten verandert maar langzaam (zie verder de bijdragen van Lege-maate en Van Veldhuizen in deze bundel).

Aan de andere kant neemt de tolerantie van de samenleving voor iedere vorm van mogelijk gevaarlijk gedrag in hoog tempo af. Terwijl de balans tussen zelfbeschikking en de veiligheid van andere burgers sinds de jaren '70 duidelijk overhelde naar de zelfbeschikking, zien wij in diverse segmenten van de samenleving een tegengestelde beweging. Elk wijst niet alleen op toegenomen instrumentalisering van het strafrecht, maar ook op de vergaande wetswijzigingen, zoals de invoering van de terroristenwetgeving en de afschaffing van de verjaring van moord, doodslag en enkele andere ernstige delicten. Het sanctiestelsel is uitgebreid met plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders ofte-

wel veelplegers van op zich minder zware delicten.¹ de roep om onhandelbare jongeren in kampementen op te vangen en alsnog op te voeden, keert met een zekere regelmaat terug. Ouders van overlast gevende kinderen moeten stevig aangepakt worden. de in de wetgeving verankerde resocialisatie van tbs-gestelden staat steeds meer onder druk, omdat het belang van de patiënt in snel toenemende mate minder zwaar telt dan dat van de maatschappelijke veiligheid. Het kan bijna niet anders of de nationale obsessie om met alle middelen een risicoloze samenleving te scheppen, met de illusie dat die samenleving maakbaar is door regelgeving, zal effect hebben op de mate waarin aan psychiatrische patiënten ruimte gegeven zal worden om potentieel gevaarlijk gedrag te vertonen. Het zal steeds minder acceptabel worden dat zij, ook al is hun oordeelsvermogen nog zo aangetaast, effectieve behandelingen mogen weigeren als daardoor gevaar voor anderen kan worden afgewend.

Als zo'n behandelwet er inderdaad komt, zal dat zowel voor de forensische psychiatrie als de algemene GGz tot grote veranderingen leiden. de behandelwet zal dwang hoger in het vaandel hebben staan dan de BOPZ en de GGz-instellingen meer mogelijkheden bieden om het gedrag van de opgenomen patiënten te reguleren en beheersen. Daardoor wordt de kloof tussen de beheersmogelijkheden van FPC's en gesloten afdelingen van de algemene GGz kleiner, met als een van de gevolgen een betere doorstroom van patiënten over en weer. de GGz kan zich richten op behandeling in een middelmatig beveiligd kader, of de patiënt nu via Behandelwet of het strafrecht is opgenomen. de meer gedragsgestoorden of degenen met hoog delict risico voor ernstige delicten zijn aangewezen op de zwaarder beveiligde FPC's. Langdurige zorg en beveiliging kunnen in beide sectoren tezamen worden geboden, afgestemd op het individuele geval en niet, zoals nu, vanuit het denken in groepen. Dit zal leiden tot een gezamenlijk systeem van stepped care voor forensisch psychiatrische patiënten, van poliklinische behandeling en begeleiding tot langdurige klinische zorg, binnen verschillende graden van beveiliging.

Steeds meer zal er gebruik gemaakt worden van elkaars kennis en oplossingen. Het terugdringen van drang en dwang door betere interventiemethodes is een veelbelovend thema, dat mogelijk in de toekomst ertoe zal leiden dat er in Nederland minder gesepareerd wordt dan nu het geval is.

Maar ook het gebruik van de mogelijkheden die ICT (elektronisch toezicht, epd) biedt zal toenemen. Deze worden nu voornamelijk onderzocht in detentiesituaties en voor tbs-gestelden, maar ook in de algemene GGz is het nuttig de gangen van bepaalde patiënten over het terrein via elektronische middelen te kunnen volgen. Dit biedt een subjectief gevoel van meer vrijheid, beperkt de inzet van begeleidend personeel en biedt toch voldoende controle op de gangen van de patiënt.

De geschetste ontwikkelingen zullen nog heel wat aanpassingen in wet- en regelgeving vergen. de hinderpaal van de verschillende financieringen valt echter voor een groot deel weg, omdat alle forensische zorg door DJI ingekocht wordt. de FPC's die al een erkenning als BOPZ-instelling hebben, zullen hun zorgaanbod kunnen realiseren via de ziektekostenverzekeraars.

5. Ontwikkelingen in het vak forensische psychiatrie

Het vak forensische psychiatrie mag zich in een groeiende belangstelling verheugen. de media-aandacht is weliswaar niet altijd positief, maar brengt het vakgebied in de schijn-

¹ Koenraadt, Kelk & Vijselaar, 2007.

werpers en laat ondanks alles zien dat er behoefte is aan onderzoek, voorspellen en beheersen van risico's door deskundigen. Een arts-assistent in opleiding vond het 'stoere psychiatrie'. Ook de vakgenoten zelf zijn druk doende met onderzoek naar effectiviteit van behandeling, betere risicotaxatieinstrumenten en tal van andere onderwerpen. Naast klinische studies vindt ook meer elementair onderzoek plaats, met name op het gebied van de neuropsychiatrie. Dit vakgebied leidt nog niet tot klinisch toepasbare resultaten, maar mogelijk zal dat over tien jaar wel het geval zijn. Wanneer wij bijvoorbeeld meer weten over het neurologisch bepaalde gebrekkige vermogen van psychopaten om te leren van fouten, zal een betere inschatting van de behandelprognose mogelijk worden. Het zal duidelijk kunnen worden waarom bepaalde patiënten niet kunnen profiteren van de bestaande behandelmogelijkheden. Nieuwe methodieken, die beter bij hun cognitieve mogelijkheden passen, zullen ontwikkeld kunnen worden.

De ontwikkeling van instrumenten voor risicotaxatie zal verder voortschrijden. De resultaten van het gebruik hiervan zullen pas over een aantal jaren geëvalueerd kunnen worden. Er wordt, bijvoorbeeld door politici en beleidsmakers, veel verwacht van deze instrumenten. Zij zouden tot veel betere taxaties moeten leiden dan voorheen op grond van klinische observaties en ervaring met de patiënt gebeurde. Risicotaxatieinstrumenten zullen standaard worden ingevoerd in de strafrechtsketen op plaatsen waar dat nog niet het geval is: in rapportages Pro Justitia, in de behandelingsplannen en verlofaanvragen, bij de resocialisatie en nazorg. Mijn voorspelling is, dat ook deze instrumenten geen waterdichte inschatting van het recidivegevaar van een patiënt zullen verschaffen. Er zullen ernstige delicten gepleegd worden door personen aan wie een laag risico werd toegekend. De individuele mens is immers een grillig wezen, wiens gedrag wel in statische methodes getaxeerd kan worden, maar die toch plotseling anders uit de hoek kan komen. Het mensbeeld waarbij het individu gemeten en van overheidswege bestuurd kan worden is volgens mij een fata morgana. Wanneer ernstige recidive zich ondanks risicotaxaties toch voordoet, zullen deze instrumenten van hun voetstuk vallen en begint de zoektocht naar betere methodes.

De komende tien jaar zal ook onderzoek plaatsvinden naar de boven genoemde veranderende doelgroepen. De forensische kinder- en jeugdpsychiatrie zal zich geleidelijk verder ontwikkelen, meegaan in de algemene trend om de jeugdzorg beter aan te pakken. In de longstay voorzieningen komen geleidelijk steeds meer oudere patiënten, die ook met somatische problemen te kampen hebben. Er is eigenlijk nog niet veel bekend over het natuurlijk beloop van het gedrag van daders op oudere leeftijd, behalve dat men aanneemt dat dit minder heftig wordt evenals hun stoornis. Maar is dat wel zo? Ik zie de komende tien jaar het ontstaan van een nieuw subspecialisme opkomen, namelijk de forensische psychogeriatric.

Een belangrijke uitdaging voor de komende tien jaar is, om nu eindelijk een sluitend registratiesysteem van data over forensische patiënten op te zetten vanaf de rapportage Pro Justitia tot en met het afsluiten van de ambulante begeleiding. Een dergelijke databank is onmisbaar om onderzoek naar deze populatie te doen dat de afzonderlijke instellingen overstijgt. Als het landelijke Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) erin slaagt een krachtige doorstart te maken, moet deze databank in 2018 een feit kunnen zijn.

De kwantitatieve groei van behandeling door poliklinieken, GGz-instellingen en FPC's, ook in het gevangeniswezen, vraagt om meer goed opgeleide professionals. Gekoppeld aan de reeds bestaande roep om kwaliteitsverhoging, zullen er gespecialiseerde, formeel erkende opleidingen in de forensische psychiatrie en psychologie ontstaan, zowel op MBO-, HBO- als academisch niveau. Tegelijkertijd wordt er nu al een fors tekort aan

personeel in de zorgsector voorspeld. Het is te hopen dat deze mooie nieuwe opleidingen voldoende studenten zullen trekken. Werken in het forensische veld vereist immers kwalitatief goed opgeleide medewerkers, wil de omgang met de patiënten en hun pathologische interactiepatronen niet leiden tot onhoudbare situaties. de beveiliging van de samenleving en het uitvoeren van de strafrechtelijke vonnissen is formeel altijd mogelijk, maar het is toch de bedoeling dat het niet blijft bij het louter opsluiten van forensisch psychiatrische patiënten.

6. Politisering

Recidives en onttrekking van tbs-gestelden zorgen stevast voor veel ophef in de media en de Tweede Kamer. de kans voor de burger om het slachtoffer van zo'n tbs-gestelde te worden is echter uitermate klein. Alle pogingen om dit risico in de context van andere risico's in de samenleving te plaatsen, zijn tot op heden echter zonder succes gebleken. Feldbrugge heeft recent een poging gedaan om het publiek de relatieve risico's nog eens onder het oog te brengen: 9000 mensen komen jaarlijks om in het verkeer, 1500 tot 6000 mensen overlijden doordat in ziekenhuizen iets mis gaat. Jaarlijks vinden 300.000 verlobbewegingen van tbs-gestelden plaats, waarbij in 0,17% een onttrekking plaatsvindt. Tijdens die onttrekkingen werden in 0,007% van het totale aantal verlobbewegingen een delict gepleegd, dit zijn 22 gevallen, waarvan de helft een ernstig geweldsdelict.² Vergelijkingen tussen de recidivepercentages na het einde van een tbs-maatregel of na detentie van langgestraften worden in de media zelden of nooit gemaakt, hoewel deze wel degelijk verschillen.

De nuchtere cijfers vermogen echter niet de periodieke ophef rond de tbs te verminderen. Er is dus iets merkwaardigs, iets irrationeels aan de hand. Het publiek wil (volgens Feldbrugge) emoties zien op televisie, de media spelen daarop in en zo ontstaat een zichzelf versterkende intense verontwaardiging, waarin ook leden van de Tweede Kamer meeresoneren. Het heeft er veel van weg, dat de tbs-gestelde, als de personificatie van gestoorde gevaarlijkheid, de rol van zondebok heeft gekregen in een door velen als onveilig en oncontroleerbaar ervaren samenleving. Van oudsher is het publiek al gefascineerd geweest door 'gevaarlijke gekken', en het is niet voor niets dat rond dit thema al vele films gemaakt zijn. Op de tbs-gestelde lijken alle hedendaagse angsten en frustraties te worden geprojecteerd. Daarmee verbleekt zijn werkelijke individualiteit en wordt hij een type, een spookbeeld. In de publieke opinie, gevolgd door de politiek, raakt hij daardoor ook gedehumaniseerd.

Zijn psychiatrische stoornis, die nota bene een factor was bij het opleggen van de tbs-maatregel, verdwijnt uit het zicht. Een enkel Kamerlid wil nota bene niet dat er van patiënten gesproken wordt en noemt hen gedetineerden. In het huidige klimaat begint de behandeling van tbs-gestelden steeds meer op louter beveiliging gericht te worden, waarbij de oorspronkelijk aanwezige balans tussen bescherming van de maatschappij en de belangen en rechtspositie van de tbs-gestelde in hoog tempo doorslaat naar het belang van de maatschappij.

Voor de overige gebieden van de forensische psychiatrie is deze onbalans nog niet het geval, zoals bij rapportage pro Justitia, poliklinische behandeling, forensische afdelingen in de GGz en de zorg voor gedetineerden. Het is echter een vraag of dit zo zal blijven. de minister van justitie is immers uiteindelijk verantwoordelijk voor de tenuitvoerlegging van alle vonnissen, niet alleen voor de tbs. Op grond van politieke overwegingen zijn de

² Feldbrugge, 2007.

afgelopen jaren verstrekken beperkingen aan de resocialisatiemogelijkheden van tbs-gestelden opgelegd, ook aan degenen die daar niet door hun eigen gedrag aanleiding toe hadden gegeven. Als er meer tbs-gestelden en andere forensische patiënten in de GGz opgenomen worden, zal ook die sector te maken krijgen met de mediacommotie en politieke druk die thans tot de tbs-sector beperkt blijft. Want er zullen ook wel eens forensische patiënten in een GGz-setting recidiveren als ze buiten de gesloten afdeling komen.

De GGz sector is bovendien minder dan de specifiek forensische sector van oudsher gewend aan de dubbele taak van maatschappijbeveiliging en adequaat behandelen. Zal de GGz ook nog zo happig zijn om een deel van de forensische doelgroep op te nemen als de patiëntenbelangen steeds verder in het gedrang komen? Er dreigt, als deze manier van reageren van de politiek zich voortzet en uitbreidt, een medisch ethische spagaat voor de behandelaars. Hun primaire plicht is immers hun patiënten niet te schaden en een behandeling volgens de professionele standaarden te bieden.

Het mag niet zo worden in Nederland, dat forensisch psychiatrische behandeling een andere term wordt voor misbruik van de psychiatrie om deviante personen op te sluiten.

7. Conclusie

Een blik op de toekomst van de forensische psychiatrie in Nederland geeft zowel aanleiding tot optimisme als tot grote zorgen. Optimisme, omdat dit deel van de psychiatrie zich in toegenomen professionele belangstelling en activiteiten mag verheugen, wat vakkundig onderzoek en behandeling van de patiënten ten goede kan komen. Het maatschappelijk belang is groot, wat kansen biedt voor politiek en financieel draagvlak om dit vakgebied verder te ontwikkelen. De oude boom van de forensische psychiatrie kan nog vele nieuwe takken krijgen en in volle bloei komen.

Er is ook reden tot zorg, juist door de toegenomen maatschappelijk belangstelling. Niet alleen gedragskundigen en de rechterlijke macht bepalen het gezicht van de forensische psychiatrie, maar in toenemende mate politici, ambtenaren van het Ministerie van Justitie en de media als zelfbenoemde vertegenwoordiger van de man in de straat. In het bijzonder de ter beschikking gestelde is hierbij een nationale zondebok geworden, op wie tal van angsten en agressieve fantasieën geprojecteerd worden. Er is weinig reden te veronderstellen dat politiek en media zich de komende jaren rationeler zullen opstellen. Hoe onveiliger de samenleving ervaren wordt, des te groter de behoefte aan een zondebok. Een obsessie met vermeende beveiliging van de samenleving door overheidsmaatregelen – die nimmer op hun effectiviteit worden onderzocht – kan gemakkelijk uitmonden in een situatie waarin het belang van de psychisch gestoorde dader geheel overvleugeld wordt. In het ergste doemscenario stevent Nederland op termijn af op een situatie waarin medisch ethisch handelen onder druk staat. De snoeischaar van de maatschappelijke veiligheid zal de groei van de forensische boom in een onnatuurlijke vorm dwingen.

Het zal de komende jaren blijken of en hoe de huidige paradox zich zal oplossen: de tbs raakt telkens in diskrediet en moet volgens sommigen worden afgeschaft, maar de noodzaak tot een dergelijke maatregel om de maatschappij te beschermen tegen gestoorde delinquenten wordt steeds sterker gevoeld. Het is aan de professionals om hun stem te laten horen en actief te zijn, de inhoud van hun vak te verdedigen en het niet te laten reduceren tot risicobeheersing.

Personalia

Drs. Marijke Drost was Geneesheer Directeur van het Pieter Baan Centrum, en tot 1 februari 2008 Directeur Behandeling van de TBS kliniek Pompestichting, thans psychiater polikliniek Pompestichting.

Aangehaalde Literatuur

Feldbrugge 2007

J. Feldbrugge, *Wat iedere Nederlander zou moeten weten over de tbs*, Valkhof Pers, 2007.

Koenraadt, Kelk & Vijselaar

F. Koenraadt, C. Kelk, J. Vijselaar, *Tussen behandeling en straf*, Kluwer 2007.

Over stromen 1998

Over Stromen- in-, door- en uitstroom bij de TBS, Interdepartementaal beleidsonderzoek Terbeschikkingstelling, Den Haag, 1998.

Veilig en wel 2001

Veilig en wel – een beleidsvisie op de tbs, Commissie Beleidsvisie tbs, Den Haag 2001.

Veranderen vanuit ‘Cognitief Historisch Perspectief’ als veranderstrategie voor een TBS kliniek in crisis

C.L. Bruinsma

Samenvatting

Achtergrond:

In 1999 raakt de Dr. S. van Mesdagkliniek in een ernstige crisis na het verschijnen van een rapport van de Inspectie voor de gezondheidszorg, waarin wordt geconcludeerd, dat de kwaliteit van behandeling en zorg ernstig tekort schiet. Door de veranderende politieke en maatschappelijke context was een breuk ontstaan met de historie van de kliniek, die wortelt in de opvatting dat verandering van daders met een psychiatrische stoornis mogelijk is door het methodisch hanteren van het contact tussen patiënt en hulpverlener. Onvoldoende visie over hoe te reageren op deze veranderende context leidde tot wantrouwen in de organisatie.

Doel:

Een analyse van de historie van de organisatie maken inclusief het lopende verandertraject en een beschouwing geven aan de hand van een integratie van verschillende op verandering gerichte theorieën.

Methode:

Aan de hand van literatuur over verandering in organisaties en gedragsdeskundige literatuur gericht op verandering van individuen wordt een geïntegreerd model ontwikkeld, dat het mogelijk maakt om te reflecteren op zowel de destijds ontstane crisis als het handelen naar aanleiding van deze crisis.

Resultaten:

Integratie van theorieën leidt tot een cognitief historisch model, dat hulp biedt bij het analyseren van het ontstaan van een crisis en de beoordeling van ingezette verbetertrajecten in een organisatie als de Dr. S. van Mesdagkliniek. Met name de breuk met de historische worteling, een actueel gebrek aan vertrouwen en een gebrekkige communicatie en informatievoorziening komen aan de hand van dit model naar voren als de belangrijkste aanleiding tot de crisis en als belangrijkste aangrijppunten voor verbetering.

Conclusie:

Het cognitief historisch model voor organisatieverandering biedt een geïntegreerd concept om het ontstaan van crises in een organisatie en het herstel na crises te bevorderen.

1. De voorgeschiedenis

1.1 De crisis

‘Gevaarlijke criminelen ontsnapt, Directie Van Mesdagkliniek verantwoordelijk voor falend beleid’, het is eind 1997. ‘Rijksrecherche-onderzoek in verband met seksueel intimiderend gedrag naar patiënten’, het is dan inmiddels begin 1998 en in korte tijd is de Dr. S. van Mesdagkliniek opnieuw op negatieve wijze in het nieuws. Korte tijd later is ter opsporing op alle TV zenders de foto van een patiënt van de kliniek te zien, die tijdens ver-

lof een medewerkster heeft verkracht. Enkele maanden later koppen de kranten ‘OR zegt het vertrouwen in directie Mesdagkliniek op’.

Inmiddels is besloten dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg een inspectieronde zal houden langs alle TBS-klinieken. de Inspectie kiest de Dr. S. van Mesdagkliniek als eerste TBS-kliniek voor een algemeen Inspectiebezoek. de conclusie van het rapport lijkt in menig oog fataal als het gaat om de belangrijkste conclusie van de Inspectie, dat de kwaliteit van de behandeling en zorg voor de aan de kliniek toevertrouwde forensisch psychiatrische patiënten ernstig tekort schiet.¹

1.2 De historie

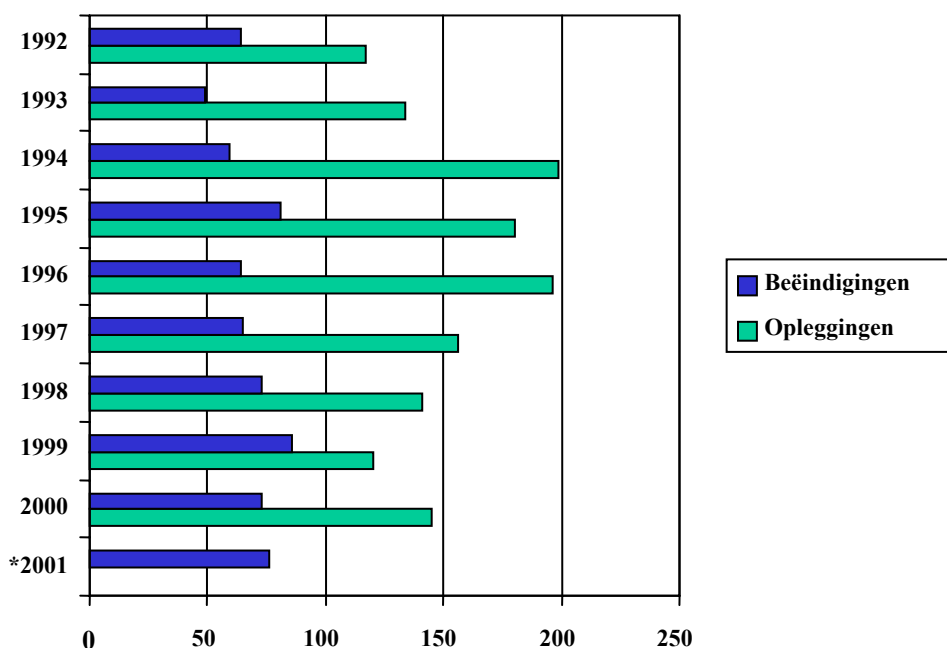
Dr. Synco van Mesdag was aan het begin van de 20^e eeuw huisarts in Groningen. Naast zijn huisartsenpraktijk was hij ook als arts werkzaam in de gevangenis in Groningen (waarin de Van Mesdagkliniek deels nog steeds is gehuisvest). Hij raakte geïnteresseerd in de zorg voor gedetineerden met gedragsstoornissen. Hij trok zich het lot van deze gedetineerden aan en raakte er in toenemende mate van overtuigd dat de manier van bejegening door gevangenisbewaarders het gedrag van de gedetineerden zou kunnen beïnvloeden en daarmee het welzijn van de gedetineerden maar ook van de gevangenisbewaarders zelf kon verhogen. Om hier iets aan te doen nodigde hij gevangenisbewaarders bij hem thuis uit en gaf hen uitleg over de problematiek van de gedetineerden, die zijn inziens oorzaak was voor hun gestoorde gedrag. Hij legde uit welke vorm van bejegening geschikt zou zijn om dit gedrag te beïnvloeden. Hij was daarmee één van de eerste artsen in Nederland, die het verminderen van het gestoord gedrag van gedetineerden koppelde aan deskundigheid van medewerkers.

Na de tweede wereldoorlog vond er een humaniseringslag plaats in de gevangenis in Nederland. Dit was ingegeven juist door Nederlanders, die in oorlogstijd gevangen hadden gezeten in gevangenis, waar deels nog steeds sprake was van het vooroorlogse Nederlandse systeem. Door deze ervaringen werd gepleit voor humanisering en kreeg gevangenschap naast straf ook als doel om te komen tot verbetering van het gedrag. Arbeidszalen werden ingericht om gedetineerden een werkzaam leven te bieden. In dezelfde periode kwam er ook meer aandacht voor de relatie tussen delinquent gedrag en psychiatrische stoornissen als mogelijke oorzakelijke factor van dit delinquent gedrag. Eind jaren 50 werden daarom de eerste rijksasielen voor psychopaten opgericht, waarvan één in Groningen. Naarmate dit rijksasiel toenemend een behandelkarakter kreeg, werd het rijksasiel omgedoopt in de Dr. S. van Mesdagkliniek, met recht naar de eerder genoemde huisarts in Groningen. In de kliniek werd als verklarend concept het psychoanalytisch referentiekader gehanteerd. Dit referentiekader wil kort samengevat zeggen: dat de geschiedenis en het socialisatieproces van de mens in hoge mate het gedrag op latere leeftijd bepaalt. Inzicht krijgen in dit proces biedt mogelijkheden tot gedragsverandering. de kliniek verwierf met deze wijze van behandeling veel aanzien in binnen- en buitenland. In de 20 jaar, die daarna volgde kreeg de Van Mesdagkliniek veel ruimte om verder te experimenteren met deze vorm van behandeling. Hoewel uit de jaarverslagen naar voren komt, dat er in die tijd niet minder incidenten waren dan nu kreeg dit geen al te problematische media-aandacht. de context, waarin de kliniek functioneerde was er één, waar ook daders van ernstige criminele feiten een tweede kans in hun leven mochten krijgen en de maatschappij de risico's, die daarmee gepaard gingen min of meer aanvaardde.

¹ Inspectie voor de Gezondheidszorg, 1999.

1.3 De veranderende context als aanleiding voor de crisis

In de jaren '90 veranderde de context voor de Van Mesdagkliniek. Hieraan ten grondslag lagen maatschappelijke en politieke oorzaken, zoals de de-institutionalisering van psychiatrische patiënten, de individualisering van de maatschappij, de criminalisering als gevolg van toenemend drugsgebruik en het toenemend aantal allochtonen (in de Van Mesdagkliniek is momenteel bijna 50% allochtoon en bij 65% van de patiënten is er sprake van verslavingsproblematiek). Er speelde in de instellingen voor de behandeling van ter beschikking gestelden een groot capaciteitsprobleem. de burger werd vaker geconfronteerd met overlast van psychiatrische patiënten. Door incidenten met ter beschikking gestelden, die steeds meer media-aandacht 'genoten', werden TBS-klinieken terughoudender met vrijheden en nam de behandelduur van ter beschikking gestelden sterk toe. Het aantal TBS-opleggingen werd jaarlijks veel groter dan het aantal beëindigingen (zie figuur 1).²



Figuur 1: Aantal TBS-opleggingen en beëindigingen 1992-2001

De Van Mesdagkliniek kreeg daarom binnen deze veranderende context opdracht om extra capaciteit te bieden. In ongeveer twee jaar tijd werd het aantal behandelpaatsen meer dan verdubbeld (van 80 naar 180 behandelpaatsen).

De capaciteitsuitbreiding was niet zonder gevolgen. de interne organisatie en het management in de kliniek waren niet berekend op deze snelle groei. Een reorganisatie 'Mesdag 2000' genoemd, waarin vooral beheersmaatregelen werden geïntroduceerd leidde tot afdelingen onder leiding van een eigen afdelingshoofd die geïsoleerd binnen het groter ge-

² Dienst Justitiële Inrichtingen, 2002.

* Bewerking van de bijdrage in T.I. Oei & M.S. Groenhuijsen, *Capita Selecta van de Forensische Psychiatrie* anno 2006, Deventer: Kluwer.

heel kwamen te staan. Psychiaters werden beschouwd als een noodzakelijk kwaad en hadden geen mogelijkheden om een adequate behandeling te bieden. de kliniek had nog maar één geregistreerde psychotherapeut, die nog zelf patiënten behandelde. Afdelingen en organisatieonderdelen werkten langs elkaar heen. Sommigen duiden die tijd aan als anarchistisch, iedereen deed maar wat. Anderen spreken van een eilandencultuur waarbij ieder voor zichzelf bezig was.

In dezelfde periode kreeg de forensische psychiatrie te maken met nieuwe wetgeving (waaronder kwaliteitswetten) en met veranderende inzichten in het behandelen van psychiatrische stoornissen. Het psychoanalytisch model verloor in vrij korte tijd haar aanzien en maakte plaats voor biologische en (cognitief) gedragstherapeutische behandelmethoden. Het topmanagement van de Van Mesdagkliniek had op dat moment hun handen vol met het overleven van de organisatorische consequenties van de verdubbeling van de capaciteit en daardoor nauwelijks oog voor andere ontwikkelingen. de broodnodige bijscholing van personeel om de (behandelinhoudelijke) ontwikkelingen te volgen bleef uit (en Synco van Mesdag draaide zich om in zijn graf). de teloorgang van de inhoudelijke behandeling als consequentie van de schaalvergroting werd niet gezien. de enige oplossing om dit zichtbaar worden te voorkomen was het kiezen voor beheersmaatregelen. Eind jaren '90 kent de kliniek dan ook een aparte beveiligingsgroep van ruim zestig medewerkers en is er nog slechts één geregistreerde psychotherapeut in dienst van de kliniek, die nog contact heeft met patiënten. Medewerkers zoeken hun heil bij de patiënten, waardoor seksueel grensoverschrijdend gedrag plaatsvindt. de reactie van de leiding is, dat medewerkers niet meer op de kamers van patiënten mogen komen. Beveiliging in de kliniek vindt niet meer plaats vanuit het contact met de patiënt, maar puur vanuit beheersmaatregelen (zoals de bovenstaande er één van is). de kliniek komt daarop snel in een vrije val en verliest in relatief korte tijd het in voorafgaande jaren verworven nationale en internationale aanzien.

Na een unieke ontsnapping van 2 patiënten uit het gebouwelijk goed beveiligde complex in het voorjaar van 1997 barstte de bom. Het was zelden iemand gelukt om uit het bolwerk te ontsnappen. Ruim een kwart eeuw had het geduurd voordat ingesloten weer eens ontsnapten. de beide voortvluchtigen werden binnen enkele weken weer ingesloten. de ontsnapping was de directe aanleiding voor medewerkers en patiënten om de gang van zaken in de Kliniek aan de orde te stellen. Er kwamen meldingen van medewerkers en patiënten over grensoverschrijdend gedrag. Er zouden intieme relaties tussen medewerkers en patiënten zijn ontstaan en de grens tussen werk en privé werd door sommigen overschreden zo werd gemeld. de pers kreeg hier lucht van en er verschenen negatieve berichten over de Kliniek in de pers.

Er werd een rijksrechercheonderzoek naar niet integer gedrag in 1998 gestart. Alhoewel de Rijksrecherche geen concrete bewijzen vond van de vermeende intieme relaties, deden zij verslag van een risicovol klimaat waarin de behandelrelatie qua afstand en nabijheid tussen medewerkers en patiënten onprofessioneel en soms niet integer was. Zij adviseerden dringend dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg een nader onderzoek zou doen. de Inspectie voor de Gezondheidszorg die de Kliniek in 1999 bezocht en daar zeer veel medewerkers sprak, rapporteerde dat het met de kwaliteit van de behandeling slecht ge-

steld was.³ Er werd onvoldoende gereageerd. Een reactie die vaker gezien wordt in non-profit organisaties, en die verbetering in de weg staat.⁴

1.4 De organisatierespons

Het rapport van de inspectie vroeg om een krachtige interventie waarbij al snel weer het woord 'reorganisatie' viel, dit terwijl de vorige reorganisatie feitelijk nog niet eens was afgerond. Een onmogelijke opgave? de literatuur staat namelijk bol van mislukte reorganisaties. En sommige auteurs stellen, dat reorganisaties voortdurend ellende veroorzaken in de vorm van leiders die elkaar bevechten, teams die uit elkaar vallen, afdelingen die elkaar zwartmaken, relaties die worden verbroken, klanten die het af laten weten, personen die worden vernederd of gekwetst en mensen die domweg buiten de deur worden gezet.⁵

Het zijn weinig positieve klanken om te starten met een kwaliteitsverbeteringproject in een kliniek, die inhoudelijk failliet is. Daarbij aangetekend, dat driekwart van de kwaliteitsprojecten in organisaties blijkt te mislukken.⁶

Aan de andere kant geven dezelfde auteurs aan, dat reorganisaties soms nodig zijn al is het alleen maar om de missers van de vorige reorganisatie te corrigeren.⁷ Of er worden concepten aangeboden waardoor kwaliteitsverbeteringen wel zouden kunnen slagen, waarbij met name het historisch perspectief van organisaties gebruikt wordt bij het verhelderen van de meest wezenlijke ontwikkelingen in organisaties.⁸

Ondanks het sombere perspectief van mislukte reorganisaties startte de nieuwe leiding van de Van Mesdagkliniek toch met dit intensieve reorganisatieproces.

Na een korte periode van interim management werd er een samenwerkingsovereenkomst met de GGz Groningen (tegenwoordig Lentis) gesloten. Dit betekende dat het bestuur van de GGz Groningen als hoofd van de inrichting werd benoemd. de Raad van bestuur van de GGz zette de strategische lijnen uit en stuurde op afstand, terwijl de directie de dagelijkse leiding van de kliniek had.

De reorganisatie beslaat de periode 2000-2002 en was een belangrijk keerpunt met verstrekkende gevolgen voor de Kliniek. de daaropvolgende verbetertrajecten lopen nog steeds door.

De nieuwe directie stond voor de taak een grote en snel gegroeide organisatie zo in te richten, dat deze haar taak effectief en humaan kon volbrengen. Dit vraagt niet alleen om management interventies aan de structuurkant, maar ook aan de inhoudelijke kant van de organisatie en aan dat wat medewerkers drijft om in een forensisch psychiatrisch ziekenhuis te willen werken. Er is gekozen om een brede vertegenwoordiging uit de organisatie deze (her-) oriëntatie op identiteit en kernwaarden van de organisatie vast te laten leggen. de directie, middenkader, enkele stafleden en leden van de Ondernemingsraad hebben zich onder leiding van een extern bureau gebogen over enkele fundamentele vragen in een organisatie:

³ Inspectie voor de Gezondheidszorg, 1999.

⁴ Moen e.a., 2000, p. 47-48.

⁵ Swieringa & Elmers, 1996, p. 11.

⁶ Mastenbroek, 1997, p. 10.

⁷ Swieringa & Elmers, 1996, p. 11.

⁸ Mastenbroek, 1997, p. 19.

- Wie zijn wij?
- Wat doen wij?
- Hoe doen we het?
- Voor wie doen we het?
- Binnen welke context doen we het?

De beantwoording van die vragen heeft geleid tot het onderstaand positioneringstatement. Dit positioneringstatement is in een mooie folder uitgegeven en wordt op allerlei niveaus nog steeds in de organisatie toegepast en als inleidende tekst bij beleidsstukken en weravingsadvertenties gebruikt.

Positioneringstatement

De Dr. S. van Mesdagkliniek is het grootste forensisch psychiatrische ziekenhuis van Nederland. Overtuigd van nut en noodzaak van TBS, heeft zij de ambitie om vooraanstaand in dit veld te zijn en heeft zij daartoe de kwaliteiten en mogelijkheden.

Door haar omvang en brede expertise kan de Van Mesdagkliniek een op de patiënt georiënteerde en kleinschalig georganiseerde behandeling aanbieden, ook aan zeer moeilijke patiënten. Respect voor de delinquent met ernstige psychiatrische problemen is daarbij uitgangspunt. Centraal staat het streven de patiënt actief verantwoordelijkheid te laten nemen voor zijn behandeling en voor zijn daden en de betekenis daarvan voor het slachtoffer.

Door intensieve samenwerking met andere instellingen binnen de zorgketen, het justitiële veld en opleidings- en onderzoeksinstellingen, bevordert zij de doorstroom en bundelt en ontwikkelt zij voortdurend kennis en ervaring. Hierdoor blijft de kliniek zich ontwikkelen naar een hoge professionele standaard.

Vanuit een solide basis van veiligheid en resultaatgerichtheid vermindert zij het delict risico aanzienlijk. Daarmee neemt de kliniek haar maatschappelijke verantwoordelijkheid ten aanzien van zorg en bescherming, rechtsorde en veiligheid.

Voortvloeiend uit het positioneringstatement werd een ondernemingsplan opgesteld voor de periode 2001 t/m 2005. Eind 2001 is dit ondernemingsplan opgesteld en vastgesteld. Dit ondernemingsplan, dat in feite een opsomming van verbeterpunten was op basis van de input van het management, leidde na een prioriteringsronde met datzelfde management tot de formulering en het vaststellen van een aantal speerpunten (de feitelijke strategische agenda) en tot het sponsorschap van het management ten aanzien van deze speerpunten. Voor de uitwerking van deze speerpunten zijn daarom coördinatiegroepen gevormd die bestaan uit directieleden, het management en (staf)medewerkers uit de kliniek. Medio 2002 zijn deze coördinatiegroepen van start gegaan. Hun producten worden ingebracht in de diverse overlegvormen zodat hun adviezen en voorstellen vervolgens omgezet worden in beleid en operationeel gemaakt worden. de directie is formeel de opdrachtgever, bewaakt de samenhang en houdt de regie in dit traject. Hier worden het management en andere (staf)medewerkers actief bij betrokken.

De patiënten worden middels het overleg tussen Raad van Bestuur directie en de Patiëntenraad nadrukkelijk om advies gevraagd over de (te ontwikkelen) plannen.

In juni 2003 heeft de directie en het management aan de hand van de rapportages en de verschillende coördinatiegroepen de stand van de zaken en de resultaten geëvalueerd. Het was een belangrijk moment waarin we elkaar informeerden en feedback gaven op de stand van zaken en de nog te nemen stappen.

De coördinatiegroepen waren rondom de volgende speerpunten geformeerd:

1. beschrijving van het primair proces en vormgeven van uniforme logistiek daarin;
2. ontwikkeling behandeling en onderzoek;
3. arbeidsrehabilitatie en dagbesteding;
4. professionalisering en personele zorg;
5. integratie behandelen en beveiligen.

Na evaluatie medio 2003 bleek het volgende. de coördinatiegroepen zaten op schema en konden deels opgeheven worden, omdat de doelstellingen waren behaald. Een en ander werd bevestigd in het rapport van de inspectie. Daarin staat: *'Op zeer professionele wijze wordt in de Van Mesdagkliniek zowel de ontwikkeling van de organisatie als de ontwikkeling van de inhoud van de zorg aangepakt en verbeterd. Leiding en medewerkers zijn daarbij in ruime mate bereid en in staat om te reflecteren op het eigen handelen.'*⁹

Kortom waar de kliniek tijdens de vorige inspectieronde wat betreft kwaliteit diep onder aan de ladder bungelde, behoort ze nu tot één van de klinieken, die wel aan de kwaliteitswetten voldoen.⁹

In 2005 is er nog beter nieuws. de organisatie van de behandeling in de vorm van behandelplannen en signaleringsplannen gekoppeld aan een verlofsysteem, dat een elektronische signaleringsfunctie heeft wordt samen met de opzet van het behandeldossier de 'best practise' binnen het TBS veld genoemd,¹⁰ met recht een geslaagde ontwikkeling van de behandeling enerzijds en een geslaagde integratie van behandelen en beveiligen anderzijds.

2. Het gedragdeskundig perspectief

In het voorgaande hoofdstuk zagen we voorbeelden van gelukte en mislukte reorganisaties, waarbij de gelukte reorganisatie nodig was om de fouten van de vorige te herstellen. We zien ook een organisatie die zowel wortelt in een historie van opsluiten, straffen en beveiligen enerzijds (de strafgevangenis) en een historie van behandelen (het forensisch psychiatrisch ziekenhuis) anderzijds. Tot op de dag van vandaag is die dubbele worteling zichtbaar. Ook andere eerdere crises in de Dr. S. van Mesdagkliniek in de loop der jaren hadden indirect te maken met een disbalans ten opzichte van die eigen (dubbele) worteling. Teveel oog voor óf alleen beveiligen óf alleen behandelen leidde tot problemen in de organisatie en toenemende onvrede en wantrouwen bij medewerkers en/of patiënten met een crisis als gevolg. Heden (vertrouwen/wantrouwen) en verleden (historie) vormen daarmee de belangrijkste schakel, waar het gaat om het gedrag van een organisatie als de Dr. S. van Mesdagkliniek. Bovenstaande elementen bij gedrag van organisaties staan ook centraal bij gedrag van individuen. Gedrag van individuen wordt bepaald door ervaring en intuïtie van deze individuen, sturing van binnen en buitenaf en informatie-

⁹ Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2003.

¹⁰ Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2005.

voorziening van binnen en buitenaf. Het optimaal gebruik maken van die sturing van binnen en buiten, de informatie van binnen en buiten en de capaciteiten van de verschillende individuen levert een maximale efficiëntie. Net als organisaties kunnen individuen inefficiënt functioneren en zelfs gedrag vertonen, dat verregaand zelfdestructief is. In die zin is het interessant om te kijken naar de wijze waarop gedrag van individuen vorm krijgt en hoe bestaande psychologische theorieën concepten bieden om het gedrag te wijzigen. Vraag is dan ook of theorieën over het gedrag van individuen toepasbaar zijn casu quo te integreren zijn met theorieën over gedrag van organisaties en of het integreren van deze theorieën bij hebben gedragen aan de meest recente reorganisatie in de Dr. S. van Mesdagkliniek.

2.1 De psychoanalytische theorieën

De geboorte van een kind en de psychologische geboorte van een kind (de ontwikkeling van het psychisch apparaat) vinden niet tegelijk plaats. de geboorte is een dramatische, observeerbare en welomschreven gebeurtenis. de psychologische geboorte, oftewel het ontstaan van het individu, is een zich geleidelijk ontvouwend intrapsychisch proces, waarbij het kind het eigen lichaam gaat ervaren als iets van zichzelf en gescheiden van de wereld om zich heen. Daarnaast incorporeert het ervaringen met zijn omgeving en met name ervaringen met zijn 'primary love objects' als de belangrijkste representaties van de wereld om zich heen.¹¹ Deze beschrijving van de ontwikkeling van een kind laat zien, dat een kind in eerste instantie afhankelijk is van zijn omgeving en zich op basis van wat het ervaart zowel vanuit het eigen lichaam als vanuit de omgeving ontwikkelt tot een individu. Hierdoor is het in mindere mate afhankelijk geworden van zijn omgeving en neemt zelf beslissingen. Daarmee is het toenemend in staat zichzelf te ontwikkelen en zijn omgeving te beïnvloeden (zie figuur 3). Dit proces van separatie-individuatie vindt plaats in de eerste drie levensjaren en is bepalend voor de adaptieve vermogens en gedragspatronen van het individu. Het dynamische gezichtspunt in de vorm van het ervaren van de drijvende kracht uit het eigen lichaam als iets van zichzelf, het genetische gezichtspunt als het historische patroon van interactie met de omgeving in relatie met de biologische ontwikkeling en het adaptieve gezichtspunt als noodzaak om te komen tot satisfactie, vormen de basis van deze separatie-individuatie-theorie.¹² In deze theorie is een balans tussen enerzijds de eigen dynamiek in het individu en anderzijds de bereidheid tot aanpassing gebaseerd op de ontwikkelingsgeschiedenis en dan met name daar waar in de interactie met de 'primary love objects' representaties van de omgeving zijn ontstaan. Met name deze laatste zijn bepalend voor het latere gedrag binnen een bestaande context en de wijze waarop die context wordt beleefd en betekenis krijgt. de historie is dus bepalend voor de balans van het individu (zie figuur 2).

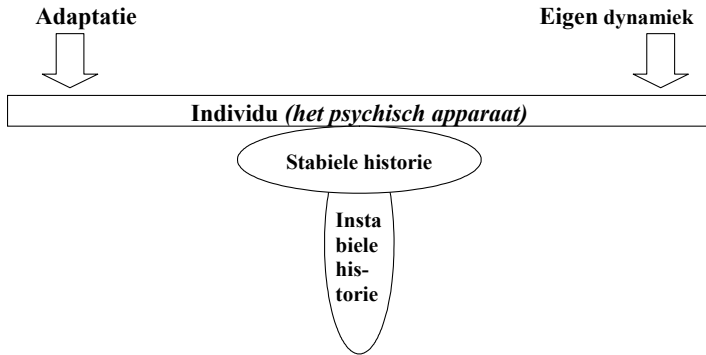
Een veilige relatie met de 'primary love objects', waarin ruimte is voor de eigen dynamiek van het kind vormt daarbij de basis voor latere stabiliteit in andere relaties. de noodzaak van een dergelijke veilige relatie als voorwaarde tot zelfontwikkeling werd in de psychoanalyse steeds verder ontwikkeld in de vorm van de theorie van het zelf.¹³

¹¹ Mahler, Pine & Bergman, 1975, p. 3.

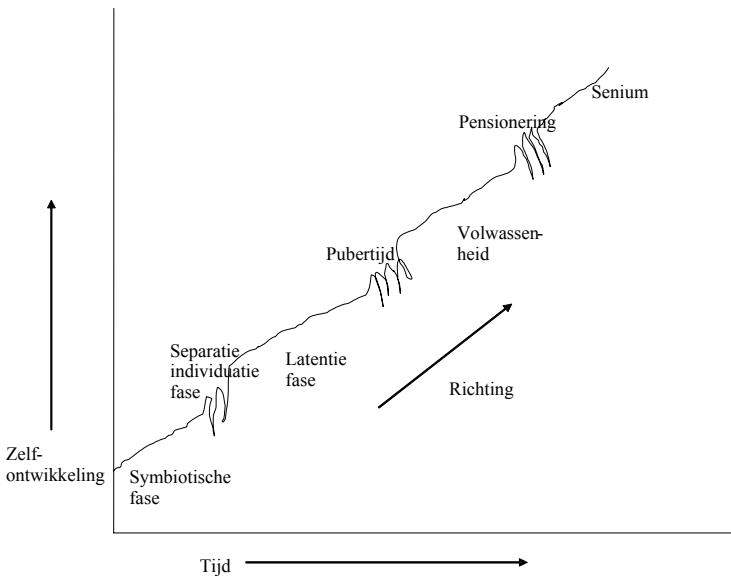
¹² Mahler, Pine & Bergman, 1975, p. 3-8.

¹³ Kohut, 1971; Kohut, 1977.

Hoewel andere auteurs in een levenscyclus meer separatie-individuatie-fasen beschrijven onderstrepen zij het belang van de vroegste fase als zijnde richtinggevend voor de verdere ontwikkeling van het individu.¹⁴ de verschillende fasen leidden tot een zekere disbalans maar veranderen de richting niet (zie figuur 3).



Figuur 2



Figuur 3

Alle psychoanalytische theorieën gaan er in sterke mate vanuit, dat het psychische apparaat en het gedrag van mensen zich ontwikkelt als een samenspel tussen de in aanleg aanwezige (genetische) capaciteiten en de wijze waarop de ontwikkelingsmogelijkheden gefaciliteerd worden door de omgeving en met name de belangrijkste personen in die omgeving, de ouders. Toenemend gaan de psychoanalytische theorieën er van uit, dat dit

¹⁴ Bloss, 1983, p. 577-590.

enerzijds een zelforganiserend proces is en anderszins vormgegeven wordt door sturing van buitenaf. Wanneer dit samenspel niet goed verloopt ontstaat er disfunctioneel en soms zelfdestrutief gedrag. Psychoanalytische theorieën leggen daarbij sterk de nadruk op de rol van die omgeving daarbij, die het zelforganiserend proces van dit disfunctionerende individu zo hebben verstoord. de therapie die moet leiden tot verandering van het gedrag is gebaseerd op het zelforganiserend vermogen. de theorie gaat ervan uit, dat in de relatie tot de therapeut, die in tegenstelling tot het verleden wel een veilige omgeving biedt, er sprake kan zijn van een reconstructie van de in de voorgeschiedenis ontwikkelde representaties van zichzelf en de omgeving, waardoor functioneler en minder zelfdestrutief gedrag ontstaat. de veilige omgeving wordt gecreëerd door een empathische opstelling van de therapeut wat wil zeggen, dat deze zich inleeft in de wereld van gevoelens van de ander en deze ander onvoorwaardelijk aanvaard, waardoor die door het verkrijgen van inzicht door duidingen van de therapeut zelf in staat raakt op een meer bevredigende wijze de eigen ontwikkeling vorm te geven in relatie tot de omgeving.

2.2 De (cognitief) gedragstherapeutische theorieën

Lineaire verklaringen voor gedrag vinden we binnen de gedragstherapie en met name het behaviorisme binnen de gedragstherapie. Met name het orthodoxe behaviorisme is gebaseerd op de reflextheorie van Zegonof (1829-1905) en Pavlov (1849-1936), die stellen, dat gedrag reflexief van aard is. Zij baseren dit op de bekende proeven van Pavlov. Deze bracht verschillende stoffen in de mondholte van een proefdier en meette de hoeveelheid speekselafscheiding. Tegelijk met het toedienen van voedsel lieten zij een toon horen. Na verloop van tijd kreeg het dier alleen de toon te horen zonder het voedsel. Ondanks de afwezigheid van voedsel reageerde het dier toch met speekselvloed (zie figuur 4). de oorspronkelijke stimulus in de vorm van het voedsel (de ongeconditioneerde stimulus) was vervangen door de toon (de geconditioneerde stimulus) waarop dezelfde reactie plaatsvond. de conclusie was dan ook, dat het gedrag (respons) bepaald werd door de daaraan voorafgaande stimulus. Pavlov en Zegonof stelden, dat het bovenstaande proces van stimulus-respons leren (S-R-leren) geldig was voor ook de meest complexe mentale processen.¹⁵

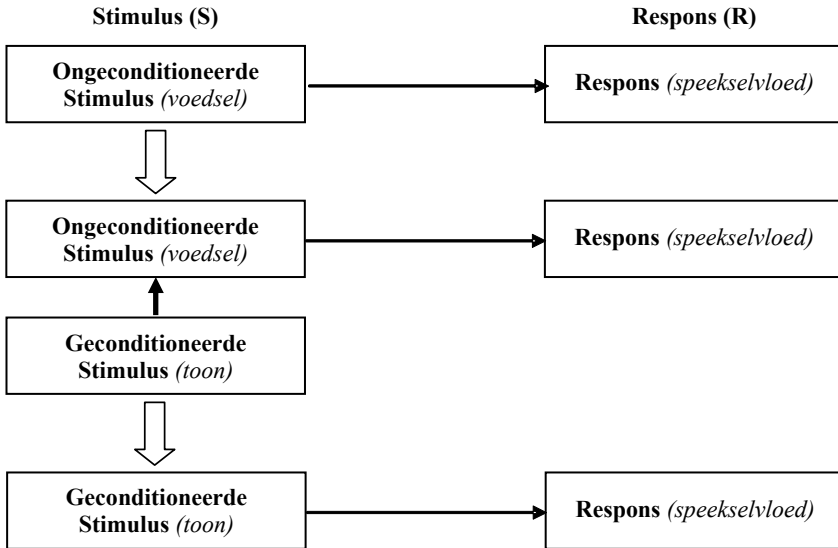
Op dit extreme behaviorisme in de vorm van S/R denken kwam al spoedig kritiek en werd het belang van factoren in het organisme (O) zelf voor de bestudering/verklaring van gedrag benadrukt. Het S/R model werd een S/O/R model (Neo-behaviorisme).¹⁶ Skinner voegt hier later nog de consequenties van de respons als element aan toe. In experimenten met hongerige proefdieren, die een elektrische shock krijgen wanneer ze willen gaan eten (en dit dus al snel niet meer deden) laat zien, dat gedrag ook bepaald wordt door de consequenties van het gedrag. de consequentie (vaak een reactie van de omgeving) van het gedrag is een stimulus tot veranderd gedrag (adaptatie). Door kennis en ervaring laten individuen bepaald gedrag wel en bepaald gedrag niet zien.¹⁷ Hier doet de meer multi-factoriele verklaring van gedrag ook binnen de gedragstherapie zijn intrede. Sturing vanuit de omgeving bepaalt mede het gedrag en kan zelfs gedrag, dat voortvloeit uit primaire driften (honger) uitdoven.

¹⁵ Orlemans, Eelen & Hermans, 1971, p. 44-45.

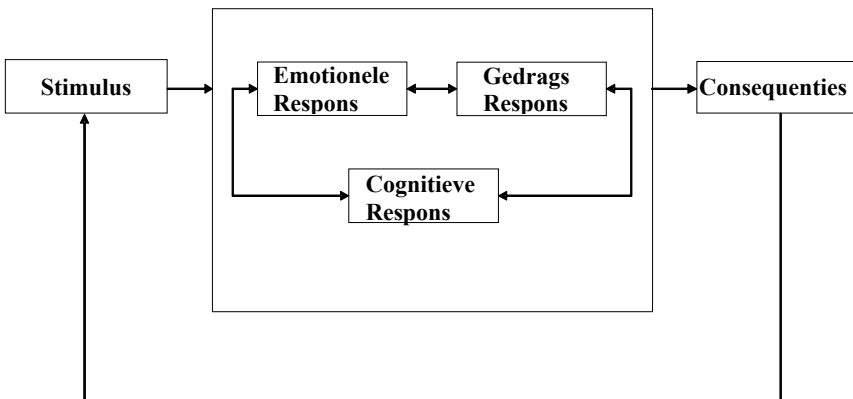
¹⁶ Orlemans, Eelen & Hermans, 1971, p. 25.

¹⁷ Orlemans, Eelen & Hermans, 1971, p. 104-105.

De erkenning van de multicausaliteit maar ook circulariteit van het gedrag krijgt nog verder vorm in het zogenaamd driefactorenmodel,¹⁸ waarbij de respons helemaal niet meer gezien wordt als een reflex, maar een circulair spel binnen het organisme van emotionele, cognitieve en gedragsresponsen op basis van aanleg en aangeleerde factoren (zie figuur 5). de toenemende focus op de cognitieve reacties leidt tot de cognitieve gedragstherapie als belangrijkste stroming binnen de gedragstherapie.



Figuur 4

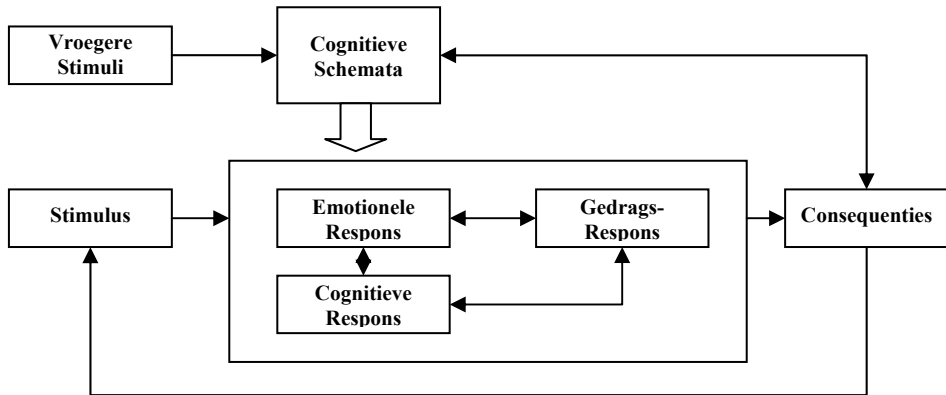


Figuur 5

¹⁸ Korrelboom & Kernkamp, 1993, p. 207.

Young maakt binnen de gedragstherapie een integrerende beweging, waarbij hij er vanuit gaat, dat de stimuli uit het verleden met hun respons en consequenties geleid hebben tot vaste cognitieve schemata. Deze schemata hebben een vroege oorsprong daar ze met name zijn ontwikkeld/geleerd in relatie tot de belangrijkste anderen, met name de ouders.¹⁹ de emotionele en cognitieve respons op stimuli in het heden is daarin sterk bepaald door de cognitieve schemata, die iemand in zijn leven heeft opgebouwd. de respons en de consequenties van die respons zijn vaak bekend terrein voor de patiënt en bevestigen vaak zijn cognitieve schemata (zie figuur 6).

Historie



Heden

Figuur 6

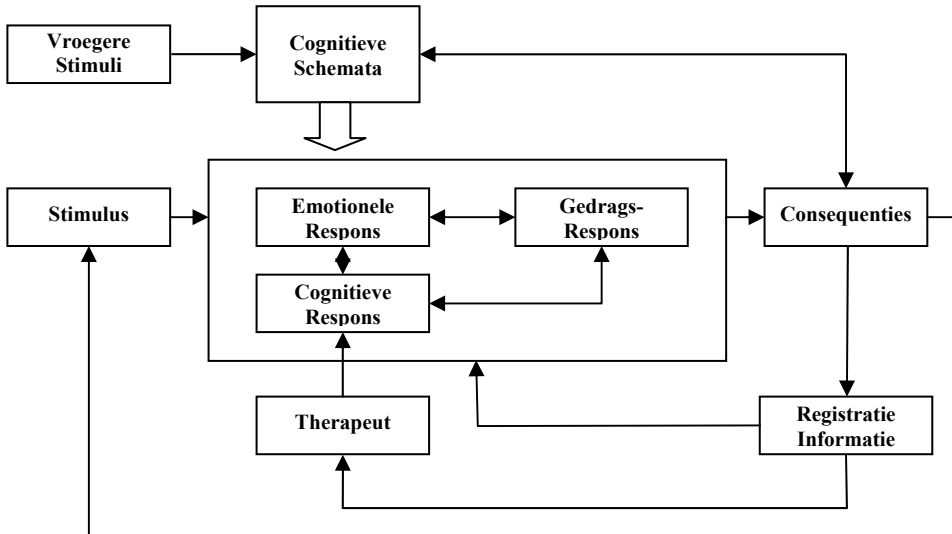
De historische ontwikkelingen in de gedragstherapie hebben geleid tot verschillende therapievormen en deze therapievormen worden bij verschillende klachten toegepast. de gekozen interventie is afhankelijk van het probleem van de patiënt. Voor de meer eenvoudige problemen (zoals bij een fobie) wordt gebruik gemaakt van therapievormen, waar de stimulus wordt aangeboden en actief een andere respons wordt aangeleerd. Voor de meervoudige problemen (zoals patiënten met een persoonlijkheidsstoornis) wordt met name gebruik gemaakt van een cognitieve benadering, waarbij een relatie gelegd wordt tussen de respons in het heden en de cognitieve schemata, die in het verleden zijn opgebouwd.

De gedragstherapie legt nadruk op de leermeester (therapeut) gezel (patiënt) relatie, waarbij de therapeut aan de ene kant een actieve en verklarende rol heeft richting de patiënt en aan de andere kant uitgaat van het zelfherstellende vermogen van de patiënt. Met name het gebruik van (zelf)registratiemethoden waardoor de patiënt voortdurend feedback krijgt op zijn respons op stimuli en de consequenties daarvan is een belangrijk instrument, dat gehanteerd wordt in deze therapievormen (zie figuur 7). Door de relatief korte duur van deze therapievormen, de ruime mogelijkheden tot protocollering en door het feit, dat deze vorm van therapie zich goed leent voor experimenteel onderzoek, hebben de verschillende vormen van gedragstherapie en met name de cognitieve stromingen

¹⁹ Young & Pijnaker, 1999, p. 48.

daarbinnen fors aan populariteit gewonnen. Betekenisgeving aan het eigen gedrag (de cognitieve schemata) wint aan belang in deze stroming. Parallellen met psychoanalytische theorieën die nadruk leggen op het zelforganiserend en zelfherstellend vermogen van individuen en ervan uit gaan, dat de patiënt zoveel mogelijk zelf in staat is betekenis te geven aan het eigen gedrag (met de therapeut als belangrijke gids) zijn duidelijk.

Historie



Heden

Figuur 7

3. Het organisatie perspectief 'naar een cognitief historisch model'

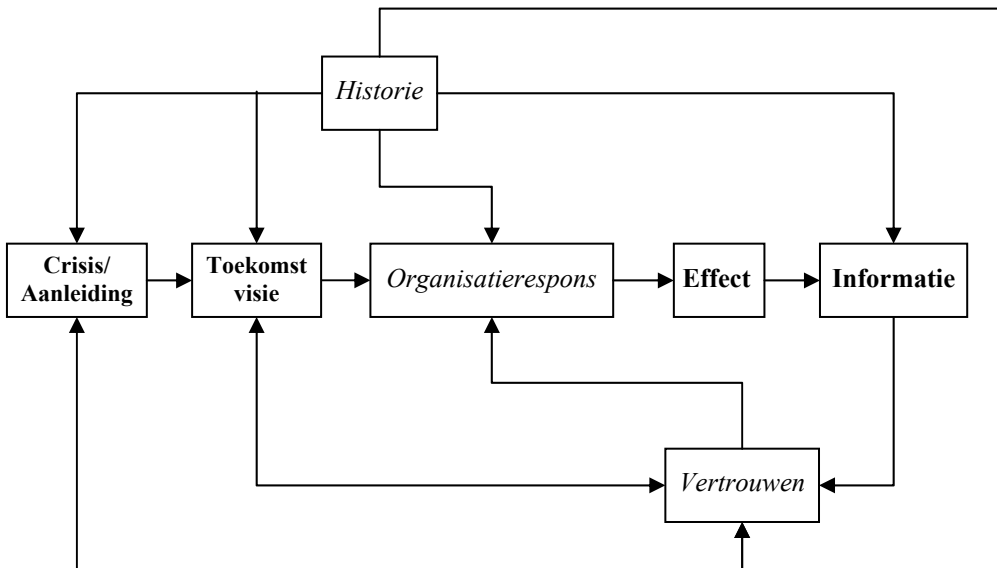
3.1. Inleiding

In de vorige hoofdstukken en paragrafen zagen we respectievelijk hoe de Van Mesdag-kliniek zich door de jaren heen ontwikkelde en hoe met name crisissituaties in de kliniek leidden tot veranderingen, vaak in de vorm van vergaande reorganisaties. de crisis als belangrijke aanleiding, maar ook als noodzaak om te komen tot verandering komt hier sterk naar voren. Vanuit het psychologisch perspectief zien we in organisaties parallellen als het gaat om de rol van crisis als noodzaak tot verandering in vergelijking tot veranderingen van gedrag van het individu. de rol van de therapeut bij gedragsveranderingen van individuen is die van degene, die informatiestromen faciliteert casu quo zichtbaar maakt en oog heeft voor een goede balans tussen sturing vanuit de therapeut en de eigen mogelijkheid van de patiënt tot zelfherstel. de veilige omgeving, die de therapeut daarbij biedt, zorgt voor vertrouwen in de relatie tussen de patiënt en de therapeut, hetgeen voorwaardelijk is voor de beoogde gedragsverandering. Bij organisaties en veranderingen in organisaties is dit niet anders. Ook daar komen dezelfde elementen voor. Samenvattend zijn er een zestal elementen waar rekening mee moet worden gehouden om te komen tot organisatieverandering (zie figuur 8).

Dit zijn:

1. Historie
2. Crisis/aanleiding
3. Toekomstvisie
4. Vertrouwen
5. Organisatierespons (mate van zelforganisatie)
6. Informatie/communicatie

In figuur 8 is aangegeven hoe een en ander in samenhang gezien kan worden. de historie speelt bij bijna al deze factoren een rol. Het model in figuur 8 toont sterke gelijkenis met het model in figuur 6 en figuur 7 met dien verstande, dat het hier gaat om veranderingen in organisatie in plaats van van veranderingen van gedrag van individuen. Figuur 8 toont een model voor een cognitief-historische benadering voor organisatieverandering. de historie vormt als het ware de cognitieve schemata van een organisatie, die sterk van invloed zijn op het gedrag van organisaties, maar ook informatie kunnen kleuren en aanleiding kunnen zijn voor een crisis. Vertrouwen dat in de therapiesetting van groot belang is en waar met name de therapeut een grote rol in heeft, speelt ook in organisaties (in verandering) een grote rol. Hier betreft het dan vertrouwen in het management en in elkaar, maar ook vertrouwen in systemen en procedures.²⁰



Figuur 8: Het cognitief-historisch model

3.2 Crisis of aanleiding in een historisch- en toekomstperspectief

In figuur 3 werd vanuit het psychologisch perspectief reeds beschreven hoe een individu zich in zijn levensloop ontwikkelt in een bepaalde richting. Deze ontwikkeling kenmerkt zich door perioden van betrekkelijke rust en geleidelijke ontwikkeling en perioden van

²⁰ Koene & Pauwe, 1999.

crisis, die noodzakelijk geacht worden voor de ontwikkeling als individu in relatie tot zijn omgeving. de separatie-individuatie fase, de puberteit en de pensionering, worden als belangrijke crisismomenten in die levensloop gezien, die leiden tot verdere zelfontwikkeling. Voor de ontwikkelingen en veranderingen in organisaties en de groei van organisaties kan een zelfde parallel gezien worden. In deze parallel is voor verdere groei in een organisatie een crisis nodig. Naarmate een organisatie ouder en groter wordt gaat zij door meerdere fasen en daaraan gekoppelde crises.²¹ Net als bij de ontwikkeling van het individu bij het psychologisch perspectief wordt de ontwikkeling van organisaties ook gezien als een tamelijk autonoom proces, dat bijna als een wetmatigheid plaatsvindt bij een groei van de organisatie. Eén verschil is echter, dat het voor organisaties in principe mogelijk is om niet te streven naar verdere groei in omvang. Wanneer er wel gekozen wordt voor verdere groei zijn de volgende fasen en crises te onderscheiden.²²

Fase 1: Creativiteit.

Deze fase die volgt op het ontstaan van de organisatie kenmerkt zich door de nadruk op het creëren van een product en een markt. de fase kenmerkt zich door het feit, dat er vaak sprake is van oprichters met een technische/ondernemende achtergrond, die zich met name richten op het product en minder op het management van een organisatie. de communicatie is frequent en informeel. Er wordt hard gewerkt hetgeen beloond wordt met vaak redelijke salarissen. Er is vaak een nauwe relatie met de markt. Bij groei door al deze inspanningen krijgen de oprichters te maken met een toename van het aantal werknemers, groei van kapitaal, dat veilig gesteld moet worden en de noodzaak voor ontwikkeling van procedures. de oprichters worden toenemend belast met managementverantwoordelijkheid. Een crisis volgt.

Crisis 1: de leiderschapscrisis.

Door de groei door creativiteit na de geboorte van de organisatie ontstaat deze crisis. de informele communicatie, indirecte sturing en het ondernemerschap van de oprichter volstaan na enige tijd niet meer. de kiem voor verdere vernieuwing en groei ligt vaak verschoolen in meer leiding.

Fase 2: Directie.

De organisatie die de eerste crisis overleeft door te zorgen voor capabele leiding groeit verder door in een periode die zich kenmerkt door het ontstaan van een functionele organisatiestructuur waarbij activiteiten zoals productie, marketing enzovoort, toenemend gescheiden van elkaar plaatsvinden en werknemers steeds verder gespecialiseerde taken krijgen. de communicatie wordt formeler en minder persoonlijk en er ontstaat een hiërarchie. Doelen worden gesteld en budgetten worden verdeeld, waardoor organisatieonderdelen toenemend vormen van autonomie verwerven. Dit leidt tot een situatie, waarin leidinggevend minder kennis en knowhow hebben ten aanzien van onderdelen van het productieproces, dan hun ondergeschikten. Een crisis is het effect.

Crisis 2: Autonomiecrisis.

Deze crisis volgt op een periode van groei door leiding. de formele structuren, systemen en communicatie hebben orde op zaken gesteld en efficiency gebracht. Maar met de groei van de organisatie voelt vooral het middenkader er zich door beperkt casu quo overge-

²¹ Greiner, 1998, p. 55-67.

²² Greiner, 1998, p. 55-67; de Caluwé, 2001, p. 31-33.

kwificeerd om alleen procedures te volgen. de daar ontwikkelde kennis en knowhow vraagt om meer eigen initiatief en delegatie.

Fase 3: Delegatie.

Deze fase van de organisatie kenmerkt zich door een gedecentraliseerde organisatiestructuur, die zich kenmerkt door een grotere verantwoordelijkheid voor leidinggevend in delen van de organisatie, bonussen om medewerkers te motiveren en een topstructuur die zich in het leidinggeven beperkt tot management op basis van periodieken en rapporten vanuit het veld en het overnemen van andere organisaties, die kunnen worden toegevoegd aan de eigen gedecentraliseerde organisatie. de communicatie vanuit de top is weinig frequent en kenmerkt zich door correspondentie, telefoontjes of korte bezoeken aan locaties. de vergroting van de organisatie gaat vaak gepaard met een toename van de diversiteit van de organisatie, waardoor de autonome leidinggevend van organisatieonderdelen toenemend willen functioneren los van de rest van de organisatie. de volgende crisis dient zich aan.

Crisis 3: de beheerscrisis.

Deze crisis volgt op de periode van groei door delegatie. de organisatie heeft de behoefte aan autonomie de ruimte gegeven middels decentrale eenheden met vergaande taken en verantwoordelijkheden. Er ontstaan eenheden die zelf hun 'show runnen'. Het vat op de organisatie als geheel raakt daardoor echter zoek en hercentralisatie wordt niet geaccepteerd. Mogelijkheden voor vernieuwing liggen hier in coördinatie.

Fase 4: Coördinatie.

Deze fase kenmerkt zich door verdere groei door coördinatie. Er komen grootschalige systemen om coördinatie te vergroten. Deze worden door de topleiding geïntroduceerd. Er komen nieuwe product/marktgroepen en staffunctionarissen functioneren daarbinnen als lijn. Informatiesystemen worden sterk centraal opgezet. Om medewerkers zich echt te laten identificeren met de organisatie worden ze beloond met opties. Hoewel in deze fase leidinggevend van organisatieonderdelen nog steeds veel verantwoordelijkheid hebben moeten zij hun acties beter verantwoorden, waardoor zij voorzichtiger gaan opereren. de centrale systemen coördineren en geven informatie aan de top, maar ze leiden ook tot wantrouwen en verstikking, waardoor een crisis volgt.

Crisis 4: de bureaucratiseringcrisis.

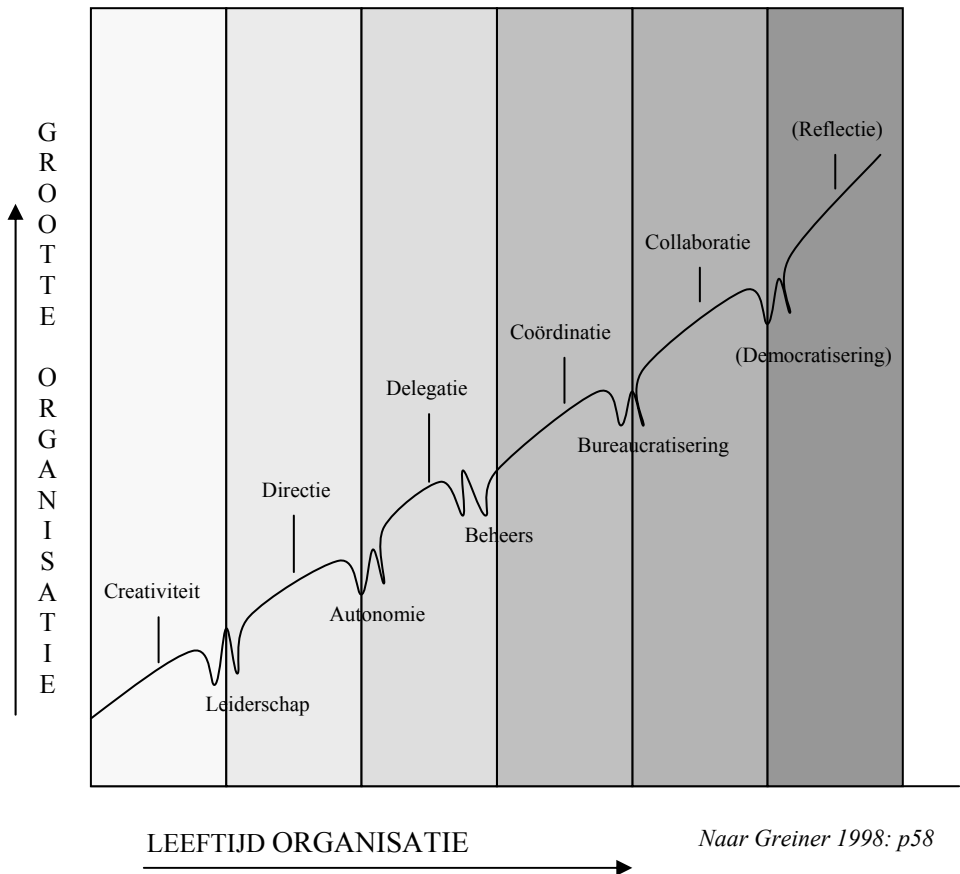
Deze crisis volgt op de periode van groei door coördinatie, die toenemend ervaren wordt als verstikkend hetgeen leidt tot een nieuwe fase.

Fase 5: Samenwerking.

Deze fase legt de nadruk op spontaniteit van managementactiviteiten in de vorm van teams, waarin interpersoonlijke verschillen gebruikt worden om een overgang te creëren van sociale controle naar zelfdiscipline. Deze transitie is moeilijk voor de experts die de coördinatiesystemen hebben ontwikkeld en de lijnmanagers die vertrouwd hebben op deze systemen. de fase is gericht op het multidisciplinair oplossen van problemen, waarbij teams bestaan uit medewerkers van verschillende disciplines. de stafafdelingen worden kleiner en de formele controlesystemen worden gesimplificeerd. Conferenties met sleutelfiguren worden frequent gehouden om te focussen op de strategische richting van de organisatie en de belangrijkste problemen, die zich daarin ontwikkelen. Opleidingsprogramma's, informatie en teambeloning in plaats van individuele beloningen worden

hooglijk gewaardeerd en ingezet, juist daar waar geëxperimenteerd wordt met nieuwe producten en diensten. Kortom werken in multidisciplinaire teams, omgaan met verschillende conflicten, en flexibiliteit worden belangrijker geacht dan de formele controle.

Het vijf-fasen groeimodel (zie figuur 9) zet nog een vraagteken bij de crisis, die na fase 5 zou kunnen ontstaan. Gedacht wordt aan het probleem, dat optreedt door verzadiging van medewerkers en management door het intensieve teamwork en de hoge druk om te komen tot innovatieve oplossingen. Dit zou kunnen leiden tot een democratiseringscrisis²³ waarbij er een sterke behoefte ontstaat voor een kleinere organisatie met meer informele communicatie, waardoor alles weer opnieuw begint. Ook kan er zich een volgende fase aandienen, namelijk die van reflectie,²⁴ waarbij systemen voor reflectie om een nieuw persoonlijk perspectief te stimuleren worden geïntroduceerd bijvoorbeeld door de mogelijkheden van sabbaticals of door het organiseren van reflectieve groepen buiten de organisatie zijn gebruikelijke structuur.



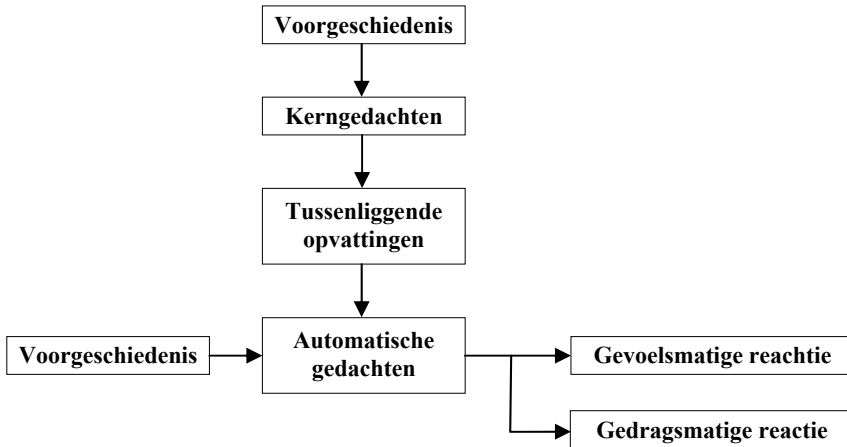
Figuur 9

²³ De Caluwé & Vermaak, 2001, p. 31-33.

²⁴ Greinier, 1998, p. 55-67.

Het aardige van het kijken naar organisaties in termen van levensloop is dat de ontwikkelingen, maar ook de crisissen op een tijdsas worden gezet. Het laat zien, dat organisaties niet in het ‘hier en nu’ worden gemaakt, maar in hoge mate een product zijn van het verleden. Crises zijn geen ongelukken, maar te verwachten groeistuipen, die nodig zijn voor verdere ontwikkeling. Hier is een duidelijke parallel met psychoanalytische theorieën ten aanzien van de ontwikkeling van het individu,²⁵ figuur 9 die deze ontwikkeling van een organisatie in fasen weergeeft vertoont dan ook een duidelijke gelijkenis met figuur 3, waarin de zelfontwikkeling uitgezet wordt tegen de tijd.

Cognitief gedragstherapeutische theorieën gaan ervan uit, dat een historie met een veilige, vertrouwde omgeving in de vroege ontwikkeling leidt tot de meest centrale opvattingen die mensen over zichzelf en hun omgeving hebben, de zogenaamde kerngedachten of cognitieve schema's.²⁶ de meeste mensen houden er het grootste deel van hun leven relatief positieve kerngedachten op na, waarbij eventuele negatieve kerngedachten uitsluitend in periodes van psychische spanning naar voren komen. Bij sommige mensen, die een verstoorde ontwikkeling hebben doorgemaakt, zoals patiënten met een persoonlijkheidsstoornis, zijn deze negatieve kerngedachten voortdurend actief. de theorie van de kerngedachten gaat ervan uit, dat deze vrij onwrikbaar van aard zijn door hun worteling in een lange historie. de kerngedachten spelen een belangrijke rol in situaties (dus ook situaties van verandering) waarin het individu zich geplaatst ziet. Middels tussenliggende opvattingen ontstaan in allerlei situaties automatische gedachten met daarop een emotionele en een gedragsmatige respons (zie figuur 10).



Naar: Beck1995: 28

Figuur 10

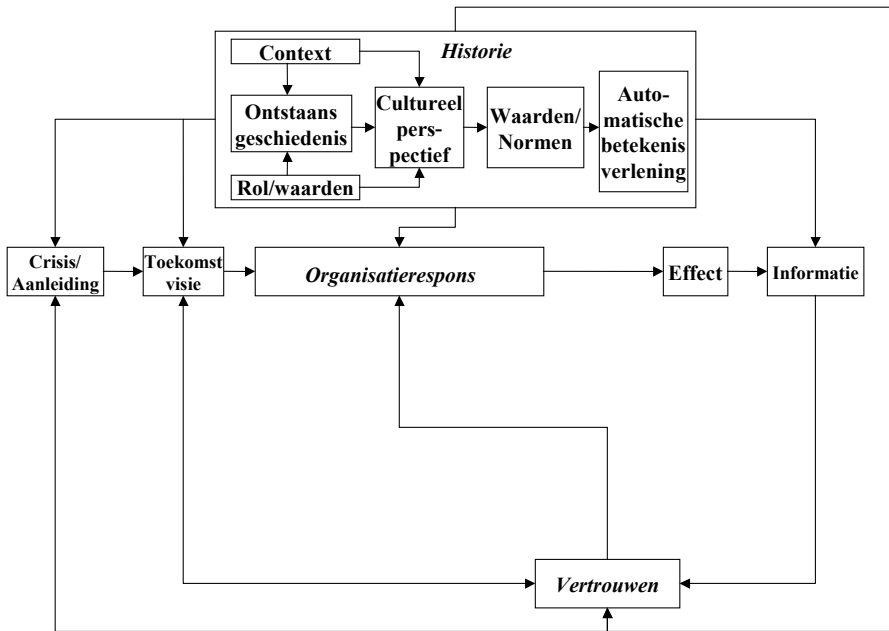
Net zoals individuen kerngedachten hebben geldt dat ook voor organisaties. Boonstra beschrijft een aantal patronen in veranderende organisaties²⁷ die sterke raakvlakken vertonen met de cognitieve theorieën rondom kerngedachten en cognitieve schemata. Hij

²⁵ Mahler, Pine & Bergman, 1975 & Kohut, 1971 & Kohut, 1977.

²⁶ Beck, 1995, p. 166-189; Young & Pijnaker, 1999.

²⁷ Boonstra, 2000, p. 10-14.

spreekt over het cultureel perspectief dat de oorzaak kan zijn voor weerbaarheid in de heersende waarden en normen in een organisatie. Het cultureel perspectief in een organisatie is dan gelijk te stellen met de kernwaarden van het individu, de waarden en normen de tussenliggende opvattingen. Deze waarden en normen leiden dan tot automatische betekenisgeving, die een sterke invloed heeft op de respons van de organisatie. Wanneer we de cognitief gedragstherapeutische theorie over kerngedachten en automatische gedachten vertalen en integreren in het cognitief-historisch model in fig. 8, gaat het model eruit zien als in figuur 11.

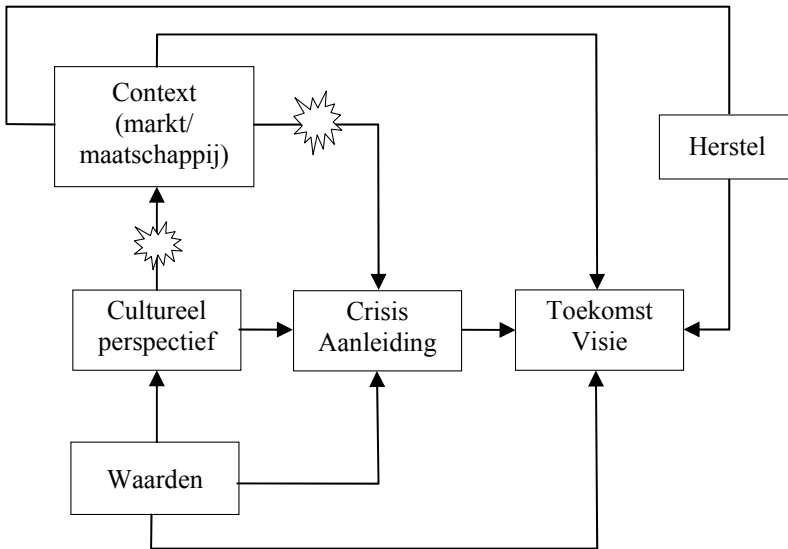


Figuur 11: Het cognitief-historisch model

Bij organisaties is een en ander dus niet heel anders dan bij individuen. Organisaties hebben net als individuen tijdens hun levensloop een bepaald patroon ontwikkeld, waarop ze betekenis geven en uitvoering geven aan vragen vanuit de bestaande context waarin ze functioneren zoals maatschappelijke ontwikkelingen (zoals de Van Mesdagkliniek) of ontwikkelingen op de markt.

De wijze waarop betekenis is gegeven aan de vraag vanuit de context en waarden zich daarop in organisaties hebben ontwikkeld, bepalen in hoge mate het cultureel perspectief van organisaties waarbij de historie van de organisatie ligt verankerd in dit cultureel perspectief. In figuur 12 is niet alleen zichtbaar gemaakt hoe in het leven van een organisatie context en de waarde die daaraan wordt gegeven het cultureel perspectief van deze organisatie bepaalt, maar ook hoe juist veranderingen in die context kunnen leiden tot problemen. de nieuwe context sluit niet meer aan bij het cultureel perspectief van de organisatie, waardoor er een aanleiding of crisis ontstaat, die leidt tot de noodzaak tot verandering casu quo een nieuwe toekomstvisie. Essentieel daarbij is dat deze toekomstvisie aansluit bij de historie van de organisatie en leidt tot een nieuw evenwicht casu quo verdere

ontwikkeling van de organisatie als het gaat om inspelen op de veranderende context, daar waarde en betekenis aan geven²⁸ en herstel van het cultureel perspectief.



Figuur 12

Hoewel crises ontegenzeggelijk een belangrijke drijfveer kunnen zijn voor veranderingen in organisaties, wordt de crisis niet altijd noodzakelijk geacht voor situaties, waarin verandering van organisaties noodzakelijk is.²⁹ Het vestigen van een gevoel van urgentie is veelal voldoende maar ook noodzakelijk om een leidende coalitie te vormen, die verandering mogelijk maakt. In een organisatie, die niet in crisis is, zijn dan vaak stoutmoedige stappen nodig om dit urgentiebesef te bevestigen. Een crisis veroorzaken door zich financieel verlies te permitteren, gesprekken te ensceneren met ontevreden klanten, adviseurs in te zetten teneinde gezonde discussies in managementvergaderingen te krijgen en mensen overspoelen met informatie over toekomstige kansen zijn manieren om het urgentiebesef te verhogen.²⁹ Er moet dus een aanleiding of een crisis zijn, die voor de organisatie zo duidelijk is geëxpliciteerd, dat er een gevoel van urgentie ontstaat met draagvlak voor verandering.

Het expliciteren van de noodzaak tot verandering en de daaraan gekoppelde toekomstvisie is daarbij essentieel. Het nalaten van het communiceren van deze visie is één van de fouten, die er toe leiden, dat organisaties falen in hun verandertraject.³⁰ de parallel met de ontwikkeling van het individu leert ons daarbij, dat voor organisaties net als voor individuen de vroege historie van belang is voor de verdere richting van de toekomstige ontwikkeling.³¹

²⁸ De Caluwé, 2001, p. 77-81; Oyen & de Schuyteneer, 2002.

²⁹ Kotter, 1997, p. 49-66.

³⁰ Kotter, 1997, p. 13-28.

³¹ Mahler, Pine & Bergman, 1975 & Blos, 1983.

3.3 Vertrouwen

Vertrouwen is een begrip, dat zowel met heden, verleden en toekomst te maken heeft als met het individu en de omgeving. In de psychoanalytische literatuur wordt het begrip vertrouwen gezien als een construct, dat zich over een tijdspanne afspeelt tussen het zich ontwikkelende individu en zijn belangrijkste verzorgers (de objectrelaties). Stabiele objectrelaties, dat wil zeggen voorspelbare verzorgers, die empathisch zijn en het kind volledig aanvaarden en accepteren vormen hier het vertrouwen, dat nodig is voor een normale ontwikkeling.³² de theorie gaat ervan uit, dat individuen die stabiele objectrelaties hebben gekend, zich ontwikkelen tot mensen die vanuit een basaal vertrouwen een zekere vrijheid kennen, in het maken van eigen keuzen en het aangaan van relaties met anderen. Wanneer er geen sprake is geweest van stabiele objectrelaties, dan kan de ontwikkeling gestagneerd zijn geraakt en is het individu onvoldoende gesepareerd ten opzichte van zijn objectrelaties en daardoor minder zelfstandig jegens de omgeving, hetgeen kan leiden tot gevoelens van afhankelijkheid van die omgeving of het als bedreigend ervaren van die omgeving.

Vertrouwen van individuen en van organisaties is in het bovenstaande met name beschreven vanuit een affectieve invalshoek. Naast affectief vertrouwen is er echter ook taakgericht vertrouwen te onderscheiden.³³ Deze onderverdeling in affectief vertrouwen en taakgericht vertrouwen levert een interessante matrix op, die het mogelijk maakt naar de eigen organisatie te kijken (zie tabel 1).

Tabel 1 ³³

Vertrouwen in:	Affectief vertrouwen	Taakgericht vertrouwen
De kwaliteit van de formele organisatie	De kwaliteit van formele beoordelings- en belonings-systemen	De kwaliteit van systemen en procedures (technisch systeem)
Management	Integriteit en oprechtheid, empathisch vermogen	Beoordelingsvermogen en visie, expertise
Ondergeschikten	Commitment medewerkers	Competenties medewerkers
Elkaar, andere organisatiegenoten	Integriteit en oprechtheid, relationele betrouwbaarheid	Elkaars kwaliteiten en een gedeeld begrip van de werksituatie

Het verschil is, dat affectief vertrouwen vooral gericht is op de persoonlijke, emotionele vertrouwensband met de collega, leidinggevende of de formele organisatie, terwijl het taakgericht vertrouwen veel meer het vertrouwen in de werkprestaties van een collega of een leidinggevende betreft. Beide hebben/zijn sterk gebaseerd op de cognities over elkaar en in systemen. Het oog hebben voor vertrouwen in de werksituatie is van groot belang, vooral door de toename van complexiteit van producten en diensten en de hogere eisen ten aanzien van flexibiliteit en efficiency van organisaties. Voor de individuele medewerker betekent dit vaak een kwalitatieve verandering van de inhoud van het werk.³³

Afbreuk kan ontstaan door verzakelijking, minder tijd voor kennismaking en afstemming en het ontwikkelen van een persoonlijke relatie, die een appèl doet op individuele betrok-

³² Mahler, Pine & Bergman, 1975; Rogers, 1976, p. 215-229.

³³ Koene & Paauwe, 1999.

kenheid. de taakomschrijvingen kunnen minder concreet worden met daardoor meer dynamiek, maar ook onduidelijkheid in de taakinterpretatie.³⁴ Uit onderzoek naar de rol van de manager als initiator van het vertrouwen in de organisatie worden vijf gedragsaspecten benoemd waardoor een leidinggevende vertrouwen ontwikkelt bij zijn ondergeschikten.³⁵ Dit zijn *consistentie in gedrag in de tijd en tussen verschillende situaties*, hetgeen de ondergeschikten helpt te voorspellen hoe een manager zal reageren. *Gedragsmatige integriteit*, hetgeen slaat op de consistentie tussen woorden en daden, waardoor de leidinggevende laat zien hoe hij denkt over integriteit, eerlijkheid en moraliteit. *Delen en delegeren van controle*, met als effect, dat de ondergeschikte meer invloed op beslissingen krijgt en dit ervaart als een blijk van vertrouwen en respect.

Tabel 2: Elementen van formele organisaties en vertrouwen binnen de organisatie

	Consistentie (over tijd en situaties)	Integriteit (woorden en daden)	Delen en de- legeren	Communi- catie	Betrokken- heid
Formele mis- sie statements	Stabiel, com- pleet en rich- tinggevend (onder alle omstandighe- den)	Geen tegen- strijdigheden met dagelijkse praktijk	Ruimte voor interpretatie in individuele zingeving	Helder en duidelijk	Waardering voor bijdrage van het indi- vidu
Werving en selectie, pro- motiecriteria, belonings- en statussys- teem	Voorspelbare uitkomsten (procedural justice)	Passend bij missie en doelstellingen (procedural justice)	Afrekenen op verantwoorde- lijkheid	Duidelijke criteria en prestatie	Aandacht voor oorzaak/ gevolg, inten- tie van gedrag
Informatie- systemen, control sys- temen en sys- temen voor besluitvor- ming	Correcte in- formatie (on- der alle om- standigheden)	Juiste indica- toren	Feedback, meer dan be- oordeling	Toegankelijk- heid en open- heid	Informatie over oorzaak en gevolg
Taakom- schrijvingen, verantwoor- delijkheids- structuur, cen- tralisatie	Compleet en richtingge- vend onder alle omstan- digheden	Uitvoerbare taken	Ondersteu- end, meer dan voor- schrijvend, ruimte voor eigen initiatief	Duidelijke verdeling ta- ken en ver- antwoorde- lijkheden	Ruimte voor individuele creativiteit en onplooing.
Ontwerp van fysieke werk- omgeving en gebouwen	Functionaliteit	Functionaliteit	Ruimte voor zelfstandige werkuitvoer- ing	Bevordert overleg en communicatie	Beschermt individu, geeft beschut- ting

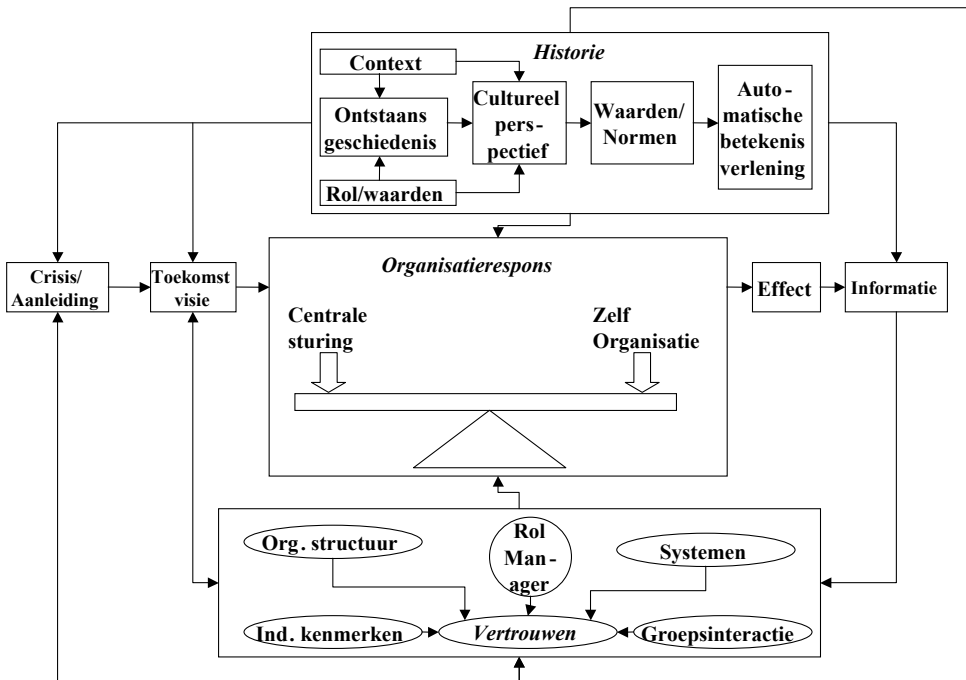
Communicatie leidt, wanneer er sprake is van accuratesse en openheid en *de communicatie* plaatsvindt bij beslissingen, tot toename van vertrouwen. *Betrokkenheid bij het welzijn*

³⁴ Koene & Paauwe, 1999.

³⁵ Whitener e.a., 1998.

van anderen, is de laatste categorie gedragingen, die leidt tot vertrouwen bij ondergeschikten. Het gaat er hier om, dat de leidinggevende sociaal/emotioneel leiderschap laat zien en sensitief is voor de behoeften en interessen van zijn werknemers. Deze vijf gedragsaspecten kunnen in een matrix gezet worden met een aantal elementen van de formele organisatie (zie tabel 2).

Bij het creëren van vertrouwen in situaties van verandering is behalve de rol van de manager in relatie tot de organisatiestructuur en organisatiesystemen de groepsinteractie en de individuele kenmerken van organisatiegenoten van belang. Paaue en Koene (1999) komen tot een model, waarin deze verschillende aspecten, die bijdragen tot het vertrouwen in een organisatie bij elkaar zijn gebracht in een raamwerk voor het bouwen aan vertrouwen. Als we dit model voor het bouwen aan vertrouwen in organisaties integreren in het aan de cognitieve gedragstherapie ontleende model ten aanzien van organisatieverandering (figuur 9) komen we tot een integraal concept voor organisatieverandering, waarin de historie van de organisatie en het vertrouwen in de organisaties vrij centraal staan als het gaat om de invloed op de organisatieverandering, maar ook als het gaat om de invloed op bijvoorbeeld de crisis/aanleiding tot die organisatieverandering (figuur 13).



Figuur 13

3.4 Organisatierespons en informatievoorziening

In paragraaf 3.1 werd het cognitief historisch model geïntroduceerd, als een benadering voor organisatieveranderingen afgeleid van cognitief leertheoretische benaderingen.³⁶ *de* organisatierespons in het cognitief historisch model is het samenspel van de cognitieve, de emotionele en de gedragsreacties van de organisatie en de individuele medewerkers in die organisatie. Waar in de cognitief gedragstherapeutische theorie deze reacties bepaald worden door cognitieve schemata en (informatie over) consequenties van gedrag, spelen bij organisaties de historie en het aanwezige vertrouwen een belangrijke rol. Over de organisatierespons zijn en kunnen nog boeken vol worden gevuld. Veel literatuur handelt over de organisatierespons in de zin, dat daar de geplande verandering moet plaatsvinden. Veranderinterventies kunnen daarbij gezien worden als aspecten van die organisatierespons in reactie op de crisis casu quo aanleiding tot verandering. Dat het type interventie afgestemd moet zijn op het type casu quo de historie van de organisatie³⁷ of de aard van de crisis/ aanleiding,³⁸ wordt duidelijk erkend.

De Caluwé (2001) vat samen, dat de verschillen in de literatuur met name te maken hebben met de mate waarin nadruk wordt gelegd op het achterliggende mensbeeld, de mate van geplandheid van de verandering of de rol van de veranderaar bij veranderstrategieën. Hij komt tot vijf manieren van denken over veranderen waarin de bovengenoemde aspecten geïntegreerd worden.³⁹ Deze vijf manieren van denken verschillen sterk in de veronderstellingen die men heeft over waarom en hoe mensen en organisaties veranderen. Elke manier van denken heeft in dit model het label van een kleur gekregen.

Verandertrajecten binnen de kleurentheorie zijn daarbij gekoppeld aan historische aspecten van de organisatie, maar ook de aard van het type aanleiding. de verschillende interventies passen in een bepaalde kleur van een verandertraject.⁴⁰

De aard van het probleem, dat de aanleiding vormt tot een verandertraject, kan ook van invloed zijn op de organisatierespons en het gekozen veranderprogramma.⁴¹ Als ideaal typische veranderprogramma's worden daarbij genoemd.

- a. De expertbenadering, waarbij (externe) experts deelsystemen of organisatiestructuren ontwerpen.
- b. De experimentele benadering, waarbij zich op kleine schaal (bijvoorbeeld op afdelingsniveau) veranderingsprocessen afspelen.
- c. De brede bottom-up benadering, waarbij op initiatief van het management vanuit de basis van de organisatie plannen ter verbetering worden voorgesteld aan het management.
- d. De deblokkade benadering, waarbij door een beperkte multidisciplinaire samengestelde projectgroep in het kader van één of enkele ernstige problemen (bijvoorbeeld kwaliteitsproblemen), die dwars door de organisatie gevoeld worden, gewerkt wordt aan

³⁶ Young & Pijnaker, 1999; Beck, 1999.

³⁷ De Caluwé & Vermaak, 2001.

³⁸ Van Amelsvoort, 2002.

³⁹ De Caluwé & Vermaak, 2001, p. 43-67.

⁴⁰ De Caluwé & Vermaak, 2001, p. 193-228.

⁴¹ Van Amelsvoort, 2002, p. 77-132.

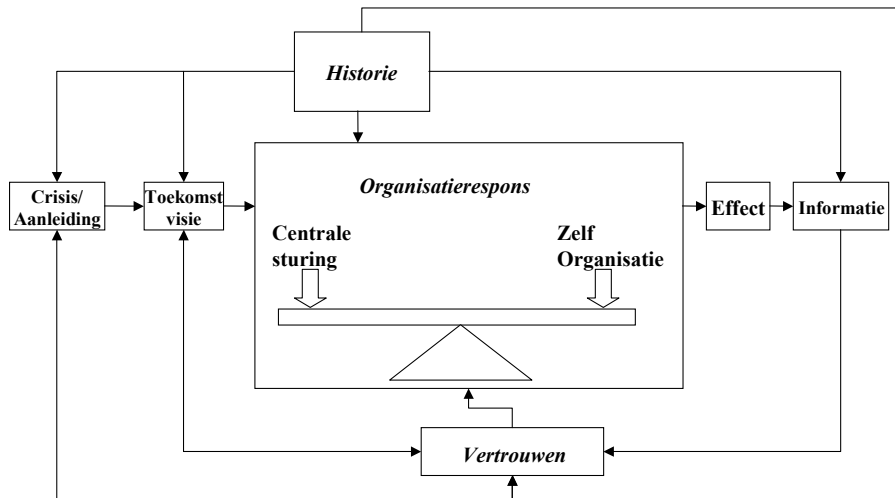
- een probleemanalyse en het (geforceerd) wegwerken van de organisatorische blokkades, die de oplossingen in de weg staan.
- e. De blauw-druk benadering, waarbij een kleine werkgroep tot in detail een nieuwe structuur ontwerpt en deze vervolgens middels een strakke fasering implementeert
 - f. De grof fijn structuur cyclus is een benadering, die zich kenmerkt doordat in de start-fase een beperkte groep een grof ontwerp maakt, waarmee getracht wordt versnelling van het veranderproces te krijgen (zoals ook bij de blauwdruk benadering), waardoor basiscondities worden geschapen voor de participaties van medewerkers in het vervolgtraject.
 - g. De netwerkbenadering, waarbij middels een netwerk de visie op de toekomstige organisatie ontwikkeld en verspreid wordt. Ook worden middels het netwerk implementatie ervaringen uitgewisseld.
 - h. De collectieve benadering, waarbij alle medewerkers gezamenlijk de organisatie veranderen, middels grote conferenties waaraan grote groepen medewerkers deelnemen inclusief klanten en andere belangrijke omgevingspartners.

Zowel de vijf kleuren benadering als de ideaal typische veranderprogramma's kenmerken zich door verschillen in balans tussen enerzijds centrale sturing en anderzijds de participatie van medewerkers casu quo de mate van de zelforganisatie die mogelijk is. Zo kenmerkt het witdruk denken (het dominante denken van de veranderaar is: neem goed waar wat er aan beweging en verandering is, maak dingen los, laat ze gaan, dynamiseer ze en verwijder blokkades. de opvatting: 'de crisis als kans' is hier van toepassing) zich door een grote mate van zelforganisatie en een beperkt faciliterende rol van de verandermanager terwijl bij het blauwdruk denken (het dominante denken van de veranderaar bij blauw-druk denken is: plan en organiseer eerst, maak het niet afhankelijk van individuele opvattingen en voorkeuren van mensen en hou de afgesproken uitkomst steeds voor ogen) de participatie en zelforganisatie gering is en er sprake is van een sterk centraal gestuurd veranderingsproces. Hetzelfde zien we bij de ideaal typische veranderprogramma's. Bij de collectieve benadering en de netwerkbenadering is er sprake van een grote mate van zelforganisatie, terwijl de expertaanpak en de deblokkade-benadering zich kenmerken door een sterke mate van centrale sturing en gedwongen implementatie.

Concluderend kan gezegd worden, dat de mate, waarin bij de organisatierespons sprake zal zijn van enerzijds centrale sturing en anderzijds de zelforganisatie, afhankelijk is van een veelheid aan factoren in en rondom die organisatie. de aanleiding tot het veranderproces, de toekomstvisie, de historie van de organisatie, het vertrouwen in de organisatie en de informatie over de effecten van de organisatierespons bepalen de mate waarin sprake zal zijn van zelforganisatie bij verandertrajecten. de balans tussen centrale sturing en zelforganisatie kan in die zin goed ingepast worden in het cognitief historisch model (zie figuur 14). Mastenbroek is degene, die het concept van de balans tussen centrale sturing en zelforganisatie verregaand heeft uitgewerkt. Hij stelt heel duidelijk, dat effectief verandermanagement zowel sturing als zelforganisatie inhoudt.⁴² Samenvattend komt het er daarbij op neer, dat de top focus ontwikkelt voor de hele organisatie en de lijnorganisatie stuurt op zichtbare resultatenverbetering, waarbij elke unit eigen verbeterplannen ontwikkelt en komt met zichtbare resultaten. Kernachtig: beleid omlaag, concrete verbeterplannen omhoog. Mastenbroek besteedt daarbij zeer uitgebreid aandacht aan de informatievoorziening. Informatie moet zowel gericht zijn op het houden van de regie op het veran-

⁴² Mastenbroek, 1997, p. 92-114.

derproces en het bij kunnen sturen van het veranderproces. Informatie is tevens nodig ten behoeve van feedback op de resultaten van verbeterplannen van onderdelen van de organisatie.⁴³ Zo is het vermogen van een organisatie om informatie over knelpunten, suggesties en ideeën, expertise en oplossingen voortdurend rond te kunnen pompen, het krachtigste hulpmiddel voor continue resultaatverbetering. Kortom adequate informatie, die daadwerkelijk feedback geeft op het behaalde resultaat, is essentieel voor het verdere veranderingsproces. de betrouwbaarheid van de informatie maar ook de bestaande cognities over de betrouwbaarheid van de informatie zijn daarbij van even groot belang.⁴⁴ Ook binnen de cognitieve gedragstherapie is de registratie van het eigen gedrag en de effecten van het gedrag al lange tijd een belangrijk middel in de therapie gericht op verandering. Informatievoorziening en betrouwbaarheid van de informatie onder andere via de rol van de veranderaar, past dan ook goed binnen het cognitief historisch model (zie figuur 14).



Figuur 14: Het cognitief-historisch model

4. Spiegelen aan een geïntegreerd model

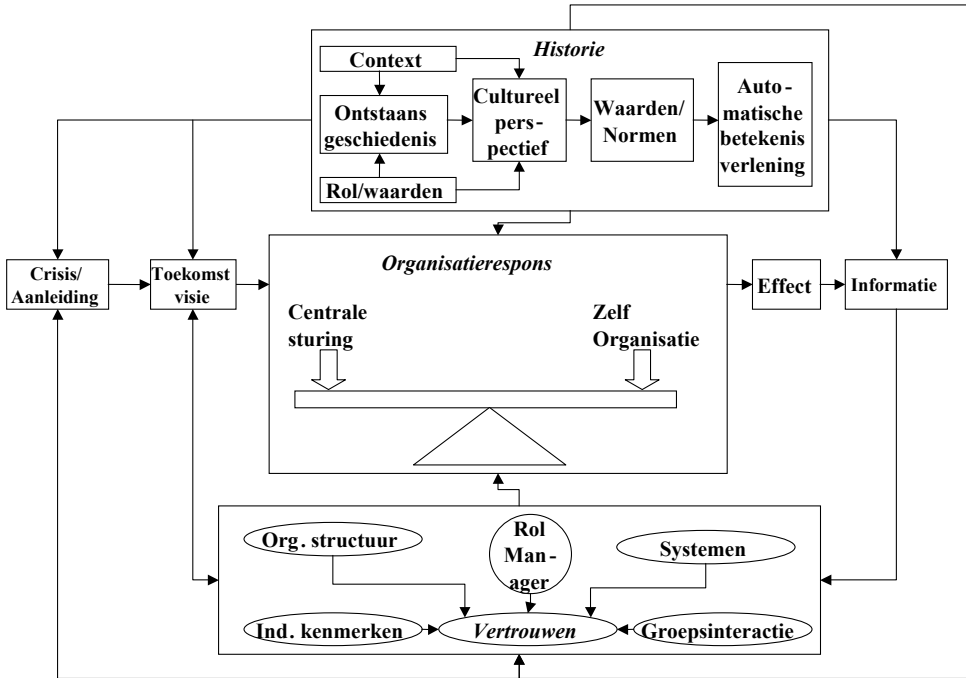
4.1 Het cognitief-historisch model

In dit deel worden psychoanalytische theorieën, cognitief gedragstherapeutische theorieën en organisatie theorieën geïntegreerd tot het zogenaamde cognitief-historisch model. Dit model, dat in figuur 15 volledig is uitgeschreven, laat zien dat het gedrag van organisaties door vele factoren is bepaald en als zodanig een dynamisch geheel is. Dit model laat zien, dat organisatieverandering niet alleen een kwestie is van plan, do, check en act (de bekende PDCA-cyclus), maar dat het verloop van een dergelijke cyclus sterk afhankelijk is van de cognities in een organisatie, en de historische worteling van deze cognities. In het model zijn de meer in de historie gewortelde cognities, die te maken hebben met de kernwaarde van een organisatie in één kader ondergebracht. de meer actueel be-

⁴³ Mastenbroek, 1997, p. 115-140.

⁴⁴ Koen & Paauwe, 1999.

paalde cognities zijn ondergebracht in het blok vertrouwen. Het vertrouwen dat er in een organisatie is, in elkaar en in de structuren en systemen. Zowel een meer actueel vertrouwensprobleem in een organisatie, als een probleem, dat meer de wortels van een organisatie raakt, kan leiden tot een crisis of het verlammen van een organisatie en het uitblijven van een adequate organisatierepons. Een crisis, die zijn oorsprong vindt in een breuk met de historische wortels van een organisatie, is mogelijk ernstiger, dan een crisis, die optreedt door verminderd vertrouwen in de actualiteit van dat moment. Ook de meer autonoom optredende crisis naar aanleiding van organisatiegroei⁴⁵ is mogelijk minder ernstig wanneer de richting van de organisatie niet verandert.



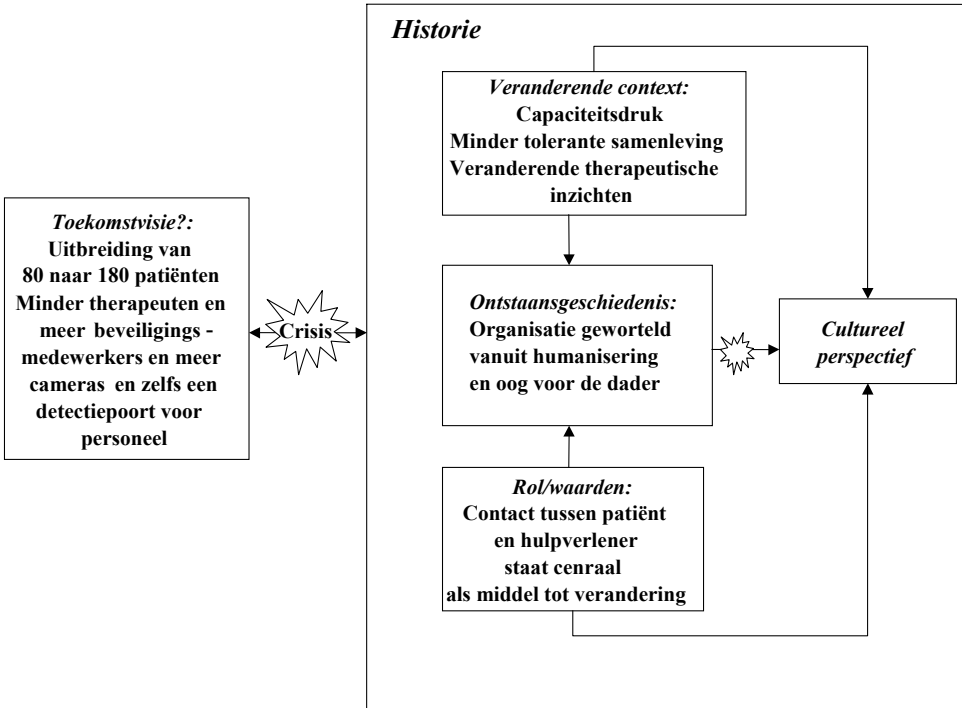
Figuur 15: Het cognitief-historisch model

Het cognitief historisch model kent veel verbindingen. Aan de ene kant lijkt dit ingewikkeld, aan de andere kant laat het zien, dat het gedrag van organisaties (de organisatierepons) afhankelijk is van vele factoren, die elkaar kunnen beïnvloeden. Deze factoren kunnen enerzijds een aanleiding geven tot veranderingen in een organisatie, maar anderzijds ook leiden tot een crisis in een organisatie, die noopt tot het ontwikkelen van een nieuwe toekomstvisie en het herstel van vertrouwen in een organisatie casu quo het aansluiten bij de historie van een organisatie.

⁴⁵ Greinier, 1998, p. 55-67.

4.2 De crisis in de Dr. S. van Mesdagkliniek vanuit een cognitief-historisch perspectief bekeken

Eerder is uitgebreid ingegaan op de ontstaansgeschiedenis en de historie van de Van Mesdagkliniek tot nu toe. Ook de toekomstvisie, die naar aanleiding van de laatste crisis werd ontwikkeld werd beschreven. Daarna werd een cognitief-historisch model ontwikkeld, dat organisatiekundige en gedragsdeskundige theorieën integreert tot een totaalconcept voor organisatieverandering. In dit hoofdstuk worden de veranderingen in de Dr. S. van Mesdagkliniek van de afgelopen jaren gespiegeld aan dit model.



Figuur 16

In figuur 16 is schematisch verwoord hoe het tot een crisis in de organisatie kon komen. Duidelijk in deze figuur is, dat (het gebrek aan) toekomstvisie in een situatie van contextverandering botst met de historische worteling van de kliniek. de (impliciete) toekomstvisie was gericht op met name het beveiligingsaspect van de TBS. Hierdoor ontstond een breuk met dat deel van de wortels van de kliniek, dat gestoeld is op een humane bejegening van de dader van delicten en het contact tussen patiënt en hulpverlener als middel tot verandering. Doordat 'toekomstvisie' en de toen ingezette reorganisatie niet bij deze wortels aansloten, ontstond angst en wantrouwen. Het plaatsen van een detectiepoort voor personeel is mogelijk een symbool geweest voor die angst en het wantrouwen. Kortom: de basis voor het ontstaan van de crisis lag in de breuk met de wortels van de kliniek door het niet adequaat reageren op de veranderende context. Dit leidde tot wantrouwen in de organisatie. Groepsinteractie op basis van angst en een organisatiestructuur, waarbij behandelaren nauwelijks meer invloed hadden op het beleid, verstoorde dit vertrouwen ver-

der, waardoor de organisatie werd verlamd. Effecten van deze verlamming werden niet zichtbaar gemaakt. Uiteindelijk was het de Inspectie voor de Gezondheidszorg, die met haar rapport de informatie leverde over de organisatie, waardoor verandering in gang gezet kon worden.

4.3.1 *Het vertrouwen*

Rol manager.

Resultaten blijken vaak afhankelijk van de kwaliteit van de communicatie. Dit betekent een informele communicatiestijl en aandacht voor acceptatie en vertrouwen.⁴⁶ Met name aan dit aspect werd gedurende de interim periode veel aandacht besteed. Afdelingsteams, individuele medewerkers en de ondernemingsraad werden uitgebreid afgetapt wat betreft hun ideeën voor de toekomst en hun visie op de crisis. Een belangrijk punt was ook, dat een informeel bij elkaar komende groep van behandelaren de status van gedragsdeskundige staf kreeg en er wekelijks overleg ontstond tussen deze staf en de interim directie. Deze vorm van communicatie had al enkele jaren niet meer plaatsgevonden. Een plan van aanpak, een organisatieplan en een formatieplan werden uitgebreid ter advies voorgelegd aan diverse gremia in de organisatie. In deze plannen werd consistent uitgedragen, dat de behandeling van de patiënt weer centraal zou moeten komen te staan en dat de organisatie hierop afgestemd moest worden.

Organisatiestructuur.

Al heel vroeg werd de keus gemaakt om te komen tot een differentiatie van patiëntengroepen. Tot dan toe zaten patiënten met verschillende problematiek en in een verschillende fase van hun behandeling bij elkaar op een afdeling met teams, die allemaal op dezelfde manier waren samengesteld. Nu werd er gekozen voor differentiatie van patiëntengroepen met daaraan gekoppeld verschillend samengestelde multidisciplinaire teams. Deze differentiatie kreeg vorm op patiënteneenheden met een duaal leiding gevend duo met een algemeen leidinggevende en een inhoudelijk leidinggevende, die integraal verantwoordelijk werden gemaakt voor het reilen en zeilen van de eenheid.

Systemen.

Aan de systemen in de organisatie werd gedurende de interim periode beperkt aandacht besteed. Met name goede planning & control systemen om de inzet van medewerkers adequaat af te stemmen op de vraag vanuit de patiëntengroepen bleef liggen. Eind 2003 werd daarom een activiteiten planningssysteem ingevoerd, waardoor informatie over inzet van medewerkers beschikbaar kwam en in april 2004 is een traject gestart voor de verbetering van de zorglogistiek aan de hand van behandelprogramma's voor gedifferentieerde patiëntengroepen. In januari 2004 is een project gestart voor de verbetering van managementinformatie.

Groepsinteractie.

Genoemd werd reeds de vorming van een Gedragsdeskundige staf als een belangrijk stap om vanuit een groep medewerkers beleid te vormen. In 2003 werd een Vakberaad Sociotherapeutisch Milieu opgericht. Daarnaast werden verschillende coördinatiegroepen opgericht, die zich bezighielden met het vormgeven van beleid. Teams werden gezamenlijk

⁴⁶ Mastenbroek, 1997, p. 126.

getraind in onder andere interactionele vaardigheden, vroegsignalering van risicogedrag bij patiënten en mentale en fysieke weerbaarheid, met als doel om met name het vertrouwen onderling binnen teams te vergroten, door het vergroten van competenties van medewerkers.

Individuele kenmerken.

Er werd al gedurende de interim periode duidelijk gemaakt, dat vernieuwing plaats moest vinden door het aantrekken van veel nieuwe mensen en het installeren van een nieuw management in de organisatie. Dit laatste werd duidelijk zichtbaar. Op het niveau van de Raad van Bestuur (1^e echelon) vond een volledige vervanging plaats. Op het directieniveau (2^e echelon) kreeg slechts één van de voormalige tien 2^e echelons leidinggevend, een positie in de drie hoofdige directie. Ook op 3^e echelonniveau was er een afslanking van ruim dertig leidinggevend naar twintig, waarvan minder dan de helft in de oude organisatie ook al een leidinggevende positie had. Er werd daarbij geselecteerd op (de ontwikkelbaarheid) van individuele competenties, die nodig waren om de organisatie op basis van de toekomstvisie te ontwikkelen. Organisatiebreed vond dit daarop ook plaats binnen de teams, waarbij een uitgebreid professionaliseringstraject ingezet werd en in 2003 gestart werd met de verdere invoering van competentie management.

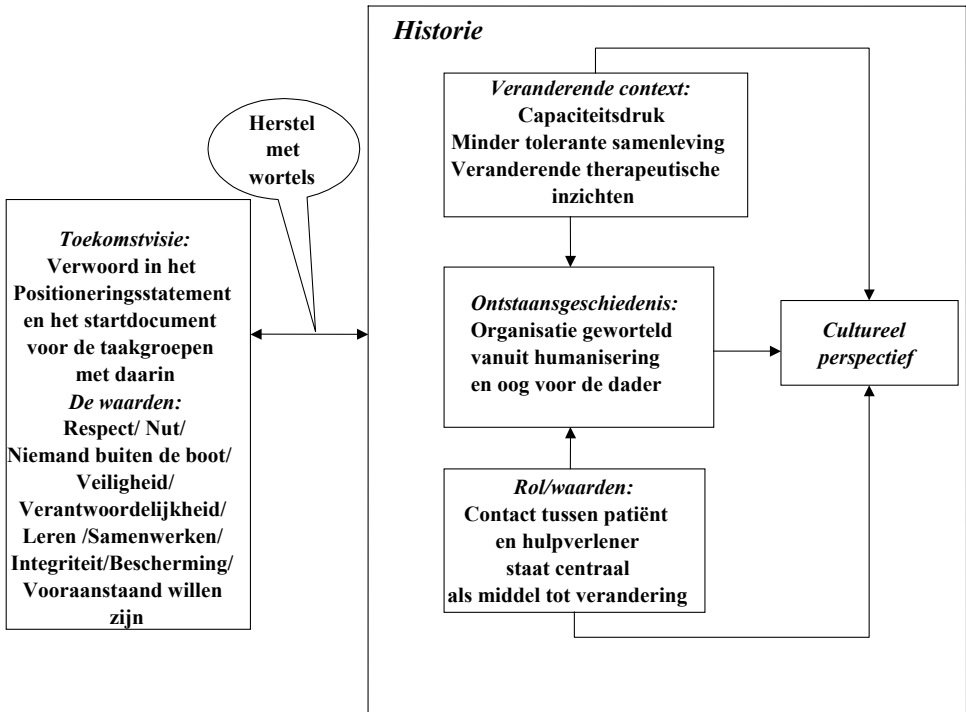
In november 2002 vond naar aanleiding van een breed uitgezette enquête in de kliniek een evaluatie van de reorganisatie plaats. In deze enquête werd medewerkers ook gevraagd om hun vertrouwen in de oude organisatie, de huidige organisatie en de toekomstige organisatie in een cijfer aan te geven. Uit deze enquête kwam naar voren, dat de oude organisatie het cijfer 4 scoorde, de huidige organisatie een 6 en het vertrouwen in de toekomstige organisatie scoorde een ruime 7. In een welzijnsenquête gehouden in maart 2004 scoorde de organisatie het cijfer 7,4.

4.3.2 Herstel met de wortels

Aan het eind van de periode van de interim directie werd intensief stilgestaan bij de toekomstvisie voor de kliniek. Dit gebeurde met een grote groep leidinggevend vanuit het 1^e, 2^e en 3^e echelon. Het verwoorden van de toekomstvisie in het positioneringstatement (zie paragraaf 2.8) vond plaats door het stellen van een aantal fundamentele vragen, die met name gericht waren op de keuze ten aanzien van wat men wilde behouden binnen de kliniek aan waarden en normen en wilde veranderen en bereiken. Expliciet werd besloten de naam van de kliniek te handhaven en daarmee de worteling in de historie, die contact tussen patiënt en hulpverlener centraal zet, te benadrukken. Het vormgeven van deze toekomst in het positioneringstatement maar ook in een startdocument voor taakgroepen, die zich bezighielden met de vormgeving van gedifferentieerde patiënteneenheden en het herstel van waarden, maakten dat de organisatie weer in balans kwam en zich richtte naar de wortels in de historie. Een en ander is schematisch uitgewerkt in figuur 17.

Het herstel met de wortels, maakte dat er weer aansluiting is bij het cultureel perspectief van de organisatie en het weer mogelijk is om betekenis te kunnen verlenen aan de eigen werkzaamheden. de keus om in dezelfde periode over te gaan tot aanstelling van de Raad van Bestuur van de GGz Groningen (tegenwoordig Lentis) als Raad van Bestuur van de Van Mesdagkliniek, is een interventie geweest gericht op de borging van het herstel met de historie van de organisatie. de aanstelling van een Raad van Bestuur met een GGz ach-

tergrond kan dan ook gezien worden als een statement op zichzelf, gezien de kernwaarden van de GGz Groningen en het uitgangspunt binnen de GGz Groningen, dat patiënt en GGz partners in zorg zijn.



Figuur 17

4.3.3 Organisatierespons

Bij de organisatierespons en de balans daarin tussen sturing en zelforganisatie gaat het er steeds weer om, dat⁴⁷

1. sturing vanuit de strategie door focus plaatsvindt;
2. sturing op het proces van verandering plaatsvindt door regie;
3. sturing op gedrag plaatsvindt door de managementstijl;
4. sturing op het ontwerp plaatsvindt door een duidelijke organisatievisie.

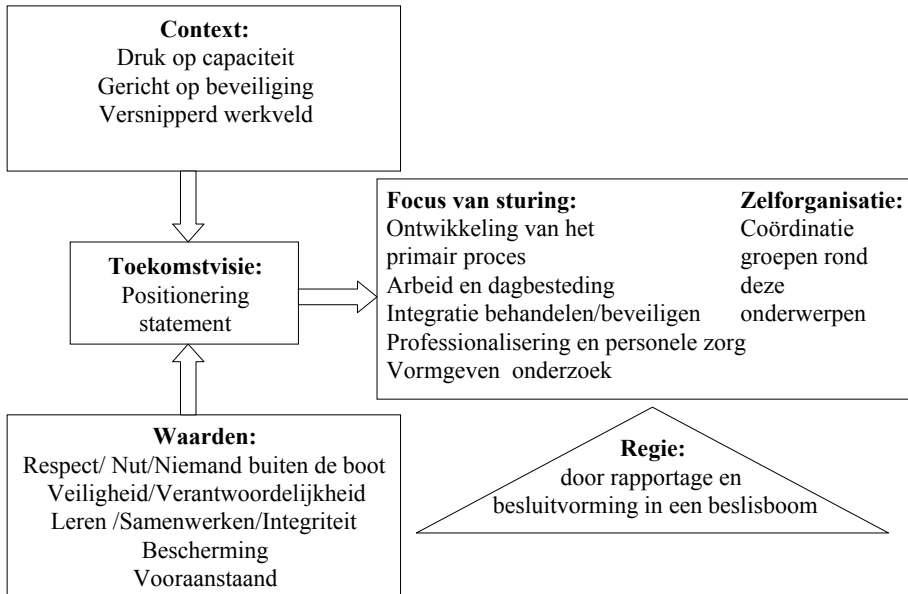
Om de noodzakelijke zelforganisatie handen en voeten te geven is het van belang, dat organisatieonderdelen⁴⁸:

1. actieplannen opstellen;
2. resultaten zichtbaar maken;
3. samenwerken en samen leren;
4. processen verbeteren.

⁴⁷ Mastenbroek, 1997, p. 115-146.

⁴⁸ Mastenbroek, 1997, p. 147-170.

Zowel op het gebied van sturing als zelforganisatie zijn informatiesystemen, die resultaten zichtbaar maken van belang.⁴⁹ Eerder is al uitgebreid ingegaan op managementstijl en organisatievisie (respectievelijk in de paragraaf over vertrouwen en de paragraaf over historie). In figuur 18 is schematisch weergegeven hoe vanuit de toekomstvisie op de organisatie de organisatierepons wordt vormgegeven middels een goede balans tussen sturing en zelforganisatie.



Figuur 18

De toekomstvisie verwoord in het positioneringstatement vormt voor de Dr. S. van Mesdagkliniek de belangrijkste strategische focus. Het daaruit ontwikkelde ondernemingsplan en de daaruit weer door het gezamenlijke management geformuleerde beleidsprioriteiten, staan centraal bij de organisatierepons. Naast deze kliniekbrede beleidsspeerpunten hebben alle leidinggevende duo's van patiënteneenheden en ondersteunende diensten een eigen taakstelling om de gedifferentieerde patiënteneenheden verder te ontwikkelen. Zowel de coördinatiegroepen die zich bezig houden met kliniekbrede onderwerpen, als de leidinggevende duo's van patiënteneenheden, hebben teneinde resultaat te bereiken actieplannen casu quo meerjaren beleidsplannen en jaarplannen ontwikkeld met daarin opgenomen een aantal prestatie-indicatoren. de gezamenlijke regie vindt plaats, door besluitvorming wat betreft patiënteneenheden te laten plaatsvinden in het bilateraal overleg met de directie, dat eenmaal per jaar samen met de Raad van Bestuur is. de coördinatiegroepen brengen voorstellen in in de beslisboom van de organisatie, zodat besluitvorming plaats kan vinden, daar waar daar het mandaat voor die besluitvorming ligt.

⁴⁹ Mastenbroek, 1997, p. 115-170.

4.3.4 Informatievoorziening

Belangrijk aandachtspunt in dit hele proces zijn de prestatie-indicatoren en de informatiesystemen, die de prestaties op deze indicatoren zichtbaar moeten maken. De prestatie-indicatoren werden in de Van Mesdagkliniek in het begin van het veranderingsproces nog sterk kliniekbreed geformuleerd en gericht op de output van het totale behandelproces. De prestaties van teams en van coördinatiegroepen waren nog weinig concreet geformuleerd. Later werden er prestatie-indicatoren toegevoegd per team, zoals de aanwezigheid en actualiteit van behandelplannen, signaleringsplannen en verlof(begeleidings)plannen. Verlof werd daarbij gekoppeld aan de vorderingen in de behandeling in een geautomatiseerd behandelvolgsysteem. Er werd een patiëntdossier ontwikkeld, waarin de patiënt in de tijd goed gevolgd kon worden, waardoor het dossier daadwerkelijk ondersteunend was voor de behandeling. Dossier en behandelvolgsysteem werden in de laatste inspectieronde aangemerkt als best practice.⁵⁰

4.3.5 Conclusies en resultaten

Het cognitief historisch model voor organisatieverandering biedt een geïntegreerd concept om te kijken naar het ontstaan van crises in een organisatie, maar ook voor het herstel na crises. Het beïnvloeden van de organisatierepons door oog te hebben voor historie, vertrouwen en informatiemanagement ten behoeve van een goede balans tussen sturing en zelforganisatie, is in het model essentieel om veranderingen in de organisatie te bewerkstelligen. Het cognitief historisch model is een integratie van gedragsdeskundige en organisatiekundige theorieën, gericht op verandering. Juist in een organisatie, die gericht is op het veranderen van gedrag van patiënten, is het zinvol om met een dergelijk model te kijken naar het gedrag van de organisatie.

Wat het cognitief historisch model voor de Van Mesdagkliniek laat zien is, dat crises ontstaan door het losraken met de wortels van de organisatie. De organisatie wortelt in de humanisering van het strafrecht en het gebruik maken van contact tussen patiënt en hulpverlener om verandering teweeg te brengen. Crises ontstaan wanneer deze wortels niet meer centraal staan en contact en communicatie onderling beperkt wordt, zowel tussen patiënt en hulpverlener als tussen de leiding van de organisatie en de medewerkers. Medewerkers ontlenen daardoor minder betekenis aan hun werk en er ontstaat wantrouwen en angst. Herstel na de crisis vindt enerzijds plaats door de wortels terug te vinden, maar anderzijds wel aan te sluiten bij de veranderende context door een duidelijke toekomstvisie, waarin ook die context is verwerkt. Consistentie van focus en het gebruik maken van krachten in de organisatie middels zelforganisatie en een heldere regie zijn daarbij essentieel.

Veranderen volgens deze werkwijze laat zien, dat het mogelijk is om een organisatie, die in diepe crisis verkeerd, weer vooraanstaand in het veld te laten worden, zoals is gebleken aan de opvolgende rapporten van de Inspectie voor de gezondheidszorg. In 2003 rapporteert de Inspectie als volgt: 'Op zeer professionele wijze wordt in de Van Mesdagkliniek zowel de ontwikkeling van de organisatie als de ontwikkeling van de inhoud van de zorg aangepakt en verbeterd. Leiding en medewerkers zijn daarbij in ruime mate bereid en in

⁵⁰ Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2005.

staat om te reflecteren op het eigen handelen'. Als een van de resultaten wordt daarbij genoemd, dat er weer een cultuur is ontstaan van onderhandelen in plaats van bevelen.⁵¹ Met name het laatste rapport uit 2005⁵² laat zien, dat juist op het gebied van integratie van behandelen en beveiligen en de relatie daarvan met verlof, de werkwijze van de Van Mesdagkliniek momenteel de 'best practice' vormt.

Personalia

C.L. Bruinsma is psychiater en lid van de Raad van Bestuur van Lentis (voorheen GGz Groningen) en het Forensisch Psychiatrisch Centrum Dr. S. van Mesdag (voorheen Dr. S. van Mesdagkliniek)

Aangehaalde literatuur

Van Amelsvoort 2002

P. van Amelsvoort & M. Metsemakers, *Organisatievernieuwing: programmeren, regisseren en realiseren*, Vlijmen: ST-GROEP 2002.

Beck 1995

J.S. Beck, *Cognitieve therapie*, Nederlandse vertaling, Baarn: Uitgeverij Intro 1999 [1995].

Blos 1983

P. Blos, 'The second individuation proces of adolescence', *Psychoanalytic Study of the Child*, p. 38, 577-590. 1983.

Boonstra 2000

J.J. Boonstra, *Lopen over water: Over dynamiek van organiseren, vernieuwen en leren*, Amsterdam: Vossiuspers AUP 2000.

De Caluwé & Vermaak 2001

L. de Caluwé & H. Vermaak, *Leren Veranderen: Een handboek voor de veranderkundige*, vijfde oplage, Deventer: Kluwer 2001 [1999].

Dienst Justitiële Inrichtingen 2002

Dienst Justitiële Inrichtingen, *Feiten in Cijfers*, Den Haag: DJI afdeling Communicatie en Externe Betrekkingen 2002.

Greiner 1998

L.E. Greiner, 'Evolution and revolution as organisations grow', in: R. Huijsman (red.), *Veranderen en vernieuwen. Harvard Business Review* 1998 (May-June), p. 55-67.

Inspectie voor de Gezondheidszorg 1999

Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Rapport van het algemeen inspectiebezoek aan de Dr. S. van Mesdagkliniek*, 1999.

Inspectie voor de Gezondheidszorg 2003

Inspectie voor de Gezondheidszorg, *TBS klinieken in beweging*, 2003.

⁵¹ Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2003.

⁵² Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2005.

Inspectie voor de Gezondheidszorg 2005

Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Rapport van het algemeen inspectiebezoek aan de Dr. S. van Mesdagkliniek*, 2005.

Koene & Paauwe 1999

B. Koene & J. Paauwe, 'Vertrouwen in situaties van verandering', in: R. Huijsman (red.), *Veranderen en vernieuwen. Management & Organisatie* nr 5, 1999, p. 43-56.

Kohut 1971.

H. Kohut, *The Analysis of the Self*, Madison Connecticut: International Universities Press, Inc. 1971.

Kohut 1977

H. Kohut, *The Restoration of the Self*, Madison Connecticut: International Universities Press, Inc. 1977.

Korrelboom & Kernkamp 1993

C.W. Korrelboom & J.H.B. Kernkamp, *Gedragstherapie*, Muiderberg: Dick Coutinho 1993.

Kotter 1997

J.P. Kotter, *Leiderschap bij verandering*, Schoonhoven: Academic Service 1997.

Mastenbroek 1997

W. Mastenbroek, *Verandermanagement*, Heemstede: Holland Business Publications 1997.

Mahler, Pine & Bergman 1975

M. Mahler, F. Pine & A. Bergman, *The psychological birth of the human infant*, London: Maresfield Library 1975.

Moen e.a. 2000

J. Moen, P. Ansems, J. Hanse & M. Vintges, *Leiden of Lijden?*, Assen: Koninklijke Van Gorcum 2000.

Orlemans, Eelen & Hermans 1971

J.W.G. Orlemans, P. Eelen & D. Hermans, *Inleiding tot de gedragstherapie*, vijfde geheel herziene druk, Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum 1995 [1971].

Oyen & de Schuyteneer 2002

F.G.P.H. Oyen & G.F.A. de Schuyteneer, *Marketing voor de zorg: het marketingconcept als hulpmiddel voor strategieontwikkeling*, Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg 2002.

Rogers 1976

C.R. Rogers, *Mens worden. de visie van een psychotherapeut op persoonlijke groei*, Nederlandse vertaling, Utrecht: Bijleveld 1976 [1961].

Swieringa & Elmers 1996

J. Swieringa & B. Elmers, *In plaats van reorganiseren*, Groningen/Houten: Wolters-Noordhof 1996.

Whitener e.a. 1998

E.M. Whitener, S.E. Brodt, M.A. Korsgaard & J.M. Werner, 'Managers as initiators of trust: an exchange relationship framework for understanding managerial trustworthy

behaviour', in: B. Koene & J. Paauwe (auteurs), *Vertrouwen in situaties van verandering*. *Academy of Management Review*, Vol. 23, No. 3, 1998, p. 513-530.

Young & Pijnaker 1999

J.E. Young & H. Pijnaker, *Cognitieve therapie voor persoonlijkheidsstoornissen; Een schemagerichte benadering*, Houten: Bohn Stafleu Van Loghum 1999.

Tussen fragmentatie en traject. Naar een effectieve reclassering in 2018

J.A. van Vliet

1. Inleiding

In het onderzoek van het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) *Samenhang in de hulpverlening aan justitiecliënten* uit 1985 wordt de reclassering nog omschreven als ‘een vorm van categorale hulpverlening’. Dit was een gevolg van de door de reclassering te bereiken doelgroep, ‘namelijk degenen die in contact (geweest) zijn met politie en justitie, dan wel daarmee in contact dreigen te komen. (...) Het justitiële facet vormt de legitimatie van het reclasseringscontact. Is het contact eenmaal gelegd, dan bestaat een deel van het reclasseringswerk uit werkzaamheden die ook in de niet-justitiële sfeer worden verricht.’¹ Het is opmerkelijk dat een van de kerntaken van de reclassering die binnen deze omschrijving past, de (na)zorg na detentie,² ruim 20 jaar later geheel en zonder veel discussie uit het takenpakket van de reclassering is verdwenen en overgedragen aan de gemeenten, terwijl de rol van de gemeenten nog niet was en is gefaciliteerd.³ Daarnaast is het opmerkelijk dat het verlenen van ‘hulp en steun’ bij de naleving van bijzondere voorwaarden door veroordeelden nu wordt benoemd als ‘reclasseringstoezicht’, terwijl het ‘toezicht’ door de wetgever aan het Openbaar Ministerie is toebedeeld (zie Sr. 14d). Het zijn mijns inziens heldere aanwijzingen dat de reclassering zijn hulp- en dienstverlenende functie op het grensvlak van justitie en de overige delen van de samenleving, zoals door het SCP bedoeld, heeft verloren en deel is geworden van wat de ‘justitieketen’ wordt genoemd. Dit is in belangrijke mate toe te schrijven aan ontwikkelingen die door de vorige ministers van Justitie en Binnenlandse Zaken in gang werden gezet met de publicatie in 2002 van de nota *Naar een veiliger samenleving*.⁴ Poort stelt dat Donner al snel na zijn aantreden duidelijk maakte dat de reclassering een integraal onderdeel vormt van de strafrechtsketen, die hij ten dienste wilde stellen van de effectiviteit en efficiency van de strafrechtstoepassing. Dit alles met de bedoeling sancties optimaal, efficiënt, effectief en selectief in te zetten voor het terugdringen van recidive en uiteindelijk: een veiligere samenleving.⁵ Deze wijziging van positie van de reclassering heeft gevolgen voor de uitvoeringspraktijk van de reclassering en tegelijkertijd voor de relatie van de reclassering met de ‘ketenpartners’. Ketenpartners zijn organisaties die activiteiten uitvoeren in een op elkaar aansluitende keten. Zij maken daartoe onder meer afspraken over doelen, doelgroep(en), resultaten en de te leveren capaciteit en iedere partner heeft daarvoor voldoende capaciteit beschikbaar en is hierop aanspreekbaar. Daarnaast werken zij samen op het gebied van kwaliteit, innovatie, professionalisering en ICT en communiceren zij over gemeenschappelijke doelen, activiteiten en bereikte resultaten.⁶

¹ Soetenhorst-de Savornin Lohman, 1985, p.21.

² In plaats van over ‘nazorg’ zou beter gesproken kunnen worden over ‘re-integratie’, omdat deze laatste term het doel van de activiteit beter weergeeft. (Zie ook Zwemmer e.a., 2007).

³ Zwemmer e.a., 2007.

⁴ Ministerie van Justitie & Ministerie van Binnenlandse Zaken, 2002.

⁵ Poort, 2007.

⁶ Ketennetwerk, 2007.

De Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), het OM en de reclasseringsinstellingen zijn meer en meer beleidsgestuurd en maken op landelijk niveau afspraken over prioriteiten in te bereiken doelgroepen, te leveren capaciteit en soorten en aantallen te leveren ‘producten’ aan de hand van tevoren vastgestelde productdefinities. Daarnaast zijn voor de drie reclasseringsorganisaties de wijze van samenwerken met ketenpartners in een arrondissementale ‘reclasseringsbalie’ en, daaraan gekoppeld, de professioneel-inhoudelijke werkwijze onder druk van het Ministerie van Justitie vergaand gestroomlijnd. de vraag is daarbij zelfs of de reclassering nog een ketenpartner genoemd mag worden of dat de reclassering vooral opdrachtnemer is van justitie.

In 1988, bij het 165-jarig bestaan van de reclassering in Nederland, werd door de Nederlandse Federatie van Reclasseringsinstellingen een congres georganiseerd om vooruit te kijken naar ontwikkelingen in strafrecht en samenleving en de rol van de reclassering in het jaar 2000, ‘Horizon 2000’. Het lijkt wel of de tijd 20 jaar heeft stilgestaan wanneer de bij deze gelegenheid uitgegeven bundel wordt herlezen.⁷ Evenals toen is nu sprake van zich snel wijzigende maatschappelijke omstandigheden en onduidelijkheid over positie en doelstelling van de reclassering. Anders dan toen is er geen sprake van grote bezuinigingen en is de operationele taakstelling van de reclassering betrekkelijk helder. Er is de afgelopen jaren een lijn uitgezet die heeft geleid tot een maximale inpassing van de reclassering in het veiligheidsbeleid van de overheid. Het is echter de vraag of deze ontwikkelingen toereikend zijn om de reclassering met voldoende eigen beleidsruimte een rol met toegevoegde waarde te laten spelen in de strafrechtspleging en of het veranderen de beleid intern en extern voldoende draagvlak heeft. Diverse auteurs in een themanummer uit 2004 van het tijdschrift *Proces*, dat een terugblik bevat op ‘Horizon 2000’, toonden zich vanuit de ontwikkelingen somber over de toekomst van de reclassering. Constantijn Kelk bijvoorbeeld sloot zijn bijdrage af met de volgende overpeinzing: ‘Het begint stilaan op een naderend afscheid te lijken. Dit stemt behalve tot bitterheid tevens tot nog diepere bezinning’.⁸ Met dit artikel wil ik een bijdrage leveren aan die bezinning, maar zeker niet aan een afscheid.

2. Het ontstaan van de reclassering

In zijn studie over de particuliere reclassering en de overheid noemt Heinrich het centrale thema: de relatie tussen overheid en particulier initiatief op het terrein van de reclassering.⁹ Hij definieert de reclassering als een vorm van particulier initiatief, waarbij de overheid een deel van haar strafrechtelijk beleid overliet aan particuliere instellingen. Hierdoor ontstond een bijzondere relatie tussen het Ministerie van Justitie en de particuliere reclasseringsinstellingen.

De reclassering in Nederland is ontstaan in 1823 met de oprichting van het ‘Nederlandsch Genootschap tot Zedelijke Verbetering der Gevangenen’. de eerste periode van de reclassering die door Heinrich wordt beschreven begint dan ook in 1823 en loopt tot 1886. Deze periode kenmerkt zich door een grote mate van aansluiting van de reclassering bij het in die tijd veranderende gevangeniswezen, dat vóór die tijd sterk was gericht op afschrikking en vergelding. de doelstelling van het Genootschap duidt aan dat maatschappelijk, ook vanuit de overheid, erkenning ontstond voor een andere doelstelling van de gevangene-

⁷ Fijnaut, C.J.C.F., 1988, p. 7.

⁸ Kelk, 2004.

⁹ Heinrich, 1995.

nisstraf: de ‘zedelijke verbetering’ en hulp na ontslag uit detentie, die aan de resocialisatiedoelstelling van de latere reclassering ten grondslag lag.

Pas nadat in 1912 het Leger des Heils op verzoek van het Ministerie van Justitie reclasseringswerk ging uitvoeren werden andere – confessionele en gespecialiseerde – ¹⁰ reclasseringsinstellingen landelijk actief.¹¹ Het voert binnen het kader van dit artikel te ver om de steeds veranderende relatie van de overheid met de particuliere reclasseringsinstellingen te beschrijven, maar ik beperk mij daarbij tot de meest recente perioden.

Een belangrijke periode in de recente historie loopt van 1976 en 1985, waarin een grote afstand bestond tussen reclassering en overheid. Hierin plaatst Heinrich de Algemene Reclasseringsvereniging (ARV), naast de andere reclasseringsinstellingen, als grootste reclasseringsorganisatie centraal. de ARV zag zichzelf als welzijnsorganisatie, die ‘welzijns waarden en normen’ tot gelding wilde brengen binnen het strafrechtelijke veld, maar wel op een zekere afstand van de strafrechtspleging. Het spanningsveld tussen reclassering en overheid in die periode had te maken met enerzijds deze opstelling van de reclassering en anderzijds de strafrechtelijke klimaatsverandering die, stelt Heinrich, hun sporen op het takenpakket van de reclassering nalieten. Toename van de criminaliteit veroorzaakte capaciteitsproblemen binnen het strafrechtelijk apparaat en voor de oplossing hiervan werd deels de reclassering verantwoordelijk gesteld. In toenemende mate drong het inzicht door dat strafrecht noch hulpverlening in staat waren een adequaat antwoord te bieden op de toenemende criminaliteit.¹²

Het onderzoek van Heinrich eindigt bij de reorganisatie die zich uiteindelijk in 1995 voltrok en die de voorbode was voor de stand van de ontwikkelingen op dit moment.¹³ Hierbij kwam de beleidsvoorbereiding ten aanzien van de reclassering meer en meer in handen van het Ministerie van Justitie en een landelijke directie – de Stichting Reclassering Nederland, SRN, die zowel de grootste reclasseringsinstelling was alsook tot 2004 de koepelorganisatie van de reclasseringssector – en werd de reclassering uiteindelijk een integraal onderdeel van de strafrechtsketen, waarop in de inleiding werd gedoeld.¹⁴

3. Reclassering anno 2008

Op dit moment zijn er drie reclasseringsinstellingen, de Reclassering Nederland (de vroegere SRN), de Stichting Verslavingsreclassering GGZ (SVG) en Leger des Heils Jeugdzorg & Reclassering (LJ&R). Deze hebben elk een eigenstandige relatie met de afdeling Reclassering die sinds 2004 is ontwikkeld binnen de Directie Sanctietoepassing en Preventie (DSP) van het ministerie van Justitie. Deze afdeling voert de regie over het beleid en de financiën van de reclasseringssector. Zo kan DSP via het in 2002 ingevoerde systeem van outputsturing (OPS), met hantering van de vastgestelde P&C-cyclus, de reclasseringsorganisaties op output sturen.¹⁵ Het concept van ‘sturen op afstand’ krijgt vorm

¹⁰ Protestants Christelijk (PCRV), Katholiek (KRV), Verslavingszorg (CAD's) en zorg voor psychisch gestoorde (de Dr. F.S. Meijersvereniging; zie Van der Kwast, 1974).

¹¹ Maris, 1991, p. 13-22.

¹² Heinrich, 1995, p. 281 e.v.

¹³ NFR/Ministerie van Justitie, 1993.

¹⁴ Heinrich, 1995, p. 345.

¹⁵ Onder *Outputsturing* wordt verstaan het periodiek toetsen en bijsturen op basis van jaarlijks vastgelegde resultaatafspraken. de afspraken hebben betrekken op gedefinieerde producten en projecten en gaan over aantallen én kwaliteit ervan. Onder *Outputfinanciering* wordt een vorm van afrekening verstaan waarbij de gerealiseerde producten worden bekostigd door de opgeleverde aantallen producten te vermenigvuldigen met de daarvoor afgesproken kostprijs. Output-

doordat het ministerie primair stuurt op het behalen van de afgesproken output en op het bewaken van de afgesproken kwaliteit: OPS als combinatie van outputsturing én output-financiering.¹⁶

Het is echter onduidelijk wat de precieze reikwijdte is van de bemoeienissen van de afdeling Reclassering met de drie uitvoeringsinstellingen.¹⁷ de reclassering werkt als uitvoeringsorganisatie in een opdrachtnemer-relatie binnen de justitieketen, waarbij productieafspraken worden gemaakt – in aantallen ‘producten’, specificaties en kwaliteit – met de opdrachtgevers. Deze opdrachtgevers zijn: Openbaar Ministerie, Zittende Magistratuur en Dienst Justitiële Inrichtingen. Overleg tussen deze partijen vindt plaats in een landelijk opdrachtgeversoverleg reclassering (OGR) en arrondissementsaal in de Arrondissementsaal Justitiële Beraden (AJB).

Doelen en kerntaken

De thans meest genoemde reclasseringsdoelstellingen zijn het terugdringen van recidive en het werken aan een veiliger samenleving door middel van onder meer gedragsbeïnvloeding en ‘reclasseringstoezicht’.¹⁸ Deze reclasseringsdoelstellingen zijn, voor zover mij bekend, sectoraal niet fundamenteel bediscussieerd en/of helder beschreven en bovendien: elk van de drie uitvoeringsorganisaties legt hierin eigen accenten, afhankelijk van doelstelling en/of te bereiken doelgroep.¹⁹ Er zijn vier kerntaken gedefinieerd: (1)diagnose en advies, (2)uitvoeren van toezicht, (3)executeren van werkstraffen en (4)het uitvoeren van gedragsinterventies.

In het vervolg van dit hoofdstuk wil ik mij beperken tot de eerste twee kerntaken, omdat hierin het meest duidelijk wordt wat de positie is van de reclassering in 2008.

Organisatorisch is de functie advies en voorlichting ingaande 2007 strikt gescheiden van de overige reclasseringsfuncties.²⁰ In de loop van 2006 is in alle arrondissementen op het parket een reclasseringsbalie opgezet als een gemeenschappelijke voordeur voor de drie reclasseringsorganisaties (3RO), die als functies heeft:

Ten eerste: Het vanuit de adviesfunctie van de reclassering laten stellen van een diagnose en, op basis daarvan, uitbrengen van een advies over een geschikte mix van interventies en sancties om recidive te voorkomen en voor een evenwichtige rechtsbedeling.²¹ de reclassering adviseert in strafzaken middels een voorlichtingsrapport. Het advies betreft zowel de straf als zodanig (soort en maat) als de daar eventueel aan te verbinden reclasseringsactiviteiten en komt voort uit het criminogene profiel op basis van het afnemen van een diagnose volgens de Recidive Inschattingsschalen (RISc). Met RISc worden factoren die met het criminele gedrag verbonden zijn geïdentificeerd en door de reclasserings-

sturing echter leidt in de praktijk tot een voortdurende spanning tussen het maken van snelle productie en professioneel, kwalitatief handelen.(De Bruin, 2002; Boone, 2002)

¹⁶ Rammers, 2003; Van Vliet, 2004, p. 252-255.

¹⁷ Poort, 2007, p. 96.

¹⁸ Het zijn in hun complexiteit ook nauwelijks te operationaliseren en te onderzoeken doelstellingen.

¹⁹ Met name de SVG heeft in het afgelopen jaar initiatieven genomen tot debat over de toekomst van de reclassering, maar deze hebben zich nog niet kunnen verbreden naar de gehele sector. Instellingsbelangen en concurrentieoverwegingen spelen hier mijns inziens een te prominente, onproductieve rol.

²⁰ Reclassering 3RO, 2005.

²¹ Reclassering Nederland, 2007.

professional gewogen. Beoogd wordt dat de reclassering tot een objectieve, onafhankelijk advisering komt door gebruik van wetenschappelijke en geobjectiverde methoden.

Ten tweede: Op basis van een justitiële opdracht, na vonniswijzing, cliënten aan de hand van objectieve criteria verdelen over de 3RO en het cliëntdossier overdragen aan de meest geëigende reclasseringswerker voor de uitvoering van het 'reclasseringstoezicht'. Reclasseringstoezicht wordt gedefinieerd als 'controle op het nakomen van door OM, ZM en DJI opgelegde (bijzondere) voorwaarden en het signaleren van dreigende overtreding, het stimuleren en motiveren van de veroordeelde om zich aan de (bijzondere) voorwaarden te houden, en het geven van praktische ondersteuning bij het realiseren van de randvoorwaarden voor een delictloos bestaan'.²²

De hier genoemde werkwijze impliceert dat reclasseringsmedewerkers die reclasseringstoezicht uitvoeren geen werkzaamheden (mogen) uitvoeren in het taakveld 'diagnose en advies'.²³ Deze verdeling van werkzaamheden heeft als achtergrond de eis van het ministerie van Justitie om de diagnosestelling en advisering aan de ketenpartners onafhankelijker te positioneren van de overige reclasseringsactiviteiten en met de wens van de 3RO tot professionalisering en objectivering: de reclassering mag niet zijn eigen werk genereren.²⁴

De vraag of- en in hoeverre deze organisatiestructuur bijdraagt aan deze doelstellingen is echter niet onderzocht en derhalve niet beantwoord.²⁵ Wel kan, op basis van onderzoek binnen de justitieketen en binnen zorg- en hulpverlening, gesproken worden van een uitgesproken zorgelijke ontwikkeling.²⁶

De 'reclasseringsbalie'

Het is in principe een goede ontwikkeling dat de 3RO met de reclasseringsbalie één gezamenlijke voordeur hebben gecreëerd voor de in- en uitstroom van werk. Bedenklijk is echter dat daaraan een werkwijze is gekoppeld waarbij de toedeling, de adviesfunctie en het toezicht op cliënten strikt van elkaar zijn gescheiden. Deze werkwijze is vergelijkbaar met de huidige organisatie van de jeugdzorg, waarvan inmiddels bekend is dat deze tot een verambtelijkte praktijk heeft geleid. Uit onderzoek van de reclassering zelf naar deze scheiding van functies bij onder andere de Bureaus Jeugdzorg blijkt onder meer dat deze heeft geleid tot de inmiddels legendarische lange wachttijden en doorlooptijden, een steeds grotere bureaucratie door gedetailleerde beschrijvingen van werkprocessen, een breuk in de gewenste continuïteit van zorg en het ontbreken van één persoon of instantie met ketenverantwoordelijkheid. Met de nieuwe organisatievorm van de reclassering wordt, zoals gesteld, onder meer een objectieve voorlichting aan het Openbaar Ministerie beoogd.²⁷ Maar gezien de ervaringen die de moeilijkst te bereiken cliënten veelal al hebben opgedaan in de algemene zorg en hulpverlening, wordt hiermee de kans nog vergroot dat deze risicovolle cliënten zullen afhaken met als gevolg een *verhoogd recidiverisico*. Het is niet te verklaren hoe deze ontwikkeling valt te rijmen met het door de Minister van

²² Reclassering Nederland, 2007.

²³ Opdrachtgeversoverleg, 2007.

²⁴ Reclassering 3RO, 2005, p.11.

²⁵ Door TNO is in het voorjaar 2007 een onderzoek gedaan naar de reclasseringsbalie en de functiescheiding (in de praktijk 'de knip' genoemd), waaruit naar voren zou komen dat veel reclasseringswerkers zich goed kunnen vinden in deze werkwijze. Dit onderzoek zal echter geen antwoord geven in de effectiviteit van de nieuwe organisatiestructuur omdat noch naar de oude, noch naar de nieuwe situatie onderzoek is verricht.

²⁶ Bransen e.a., 2003; RMO, 2005; RMO, 2006; Van Vliet, 2006; Van Vliet & Oei, 2006.

²⁷ Reclassering 3RO, 2005.

Justitie en de samenleving gewenste terugdringen van recidive. Deze ontwikkeling, waarbij het contact met de cliënt wordt opgesplitst, is ook niet in overeenstemming met de uitgangspunten van 'What works', het referentiekader waaraan de activiteiten van de reclasseringsinstellingen in Nederland in toenemende mate worden getoetst. In een onderzoeksrapport over casemanagement van Partridge, gebaseerd op deze benadering, geldt 'continuity of (case manager) contact' als uitgangspunt. Een belangrijke bevinding uit het onderzoek is dat 'continuity of contact with the same casemanager and other staff was essential to building confidence and rapport with the offender, particularly during the initial stages of supervision'. Als aanbeveling voor de toekomst wordt in dit verband genoemd: 'Whatever type of model is in operation, the research indicated several core principles which can improve the ability to engage and motivate the offender. These can be summarised as "continuity of contact" and carefully managing the transition points between teams and at different stages of supervision to "minimise a fragmented experience" for offenders'. In het hoofdstuk 'Continuity of case manager contact' stelt Partridge: 'Offenders indicated the importance of working with the same Probation Officer, who they knew and trusted, throughout their order. The continuity of the human contact allowed offenders to develop a trusting relationship with their supervising officer, which in turn allowed them to talk openly about personal issues and ask for help with criminogenic needs. Offenders reported taking time to gain confidence with new members of staff and expressed fatigue at repeatedly having to explain their problems to someone new. They were also concerned about differential treatment and that new members of staff would take time to address the real issues while they got to grips with their case'.²⁸

What works en de ontwikkeling van gedragsinterventies

De reclassering werkt in toenemende mate binnen het wetenschappelijk perspectief van 'What Works'. Hierin wordt verondersteld dat de manier waarop interventies worden uitgevoerd van belang is voor de gevolgen daarvan. Dit komt tot uitdrukking in criteria voor effectieve interventies zoals gerichtheid op het aanleren van cognitieve en gedragsvaardigheden, aansluiting bij de risico- en hulpvraag van de reclasseringscliënt, responsiviteit, maar ook in de continuïteit van contact,²⁹ opleiding, supervisie, intervisie en ondersteuning van het personeel en dergelijke. De aanwezigheid van deze criteria is volgens de What Works-benadering een indicatie voor de effectiviteit van een strafrechtelijke interventie.³⁰ Op basis van de uitgangspunten van What Works ontwikkelde de reclassering een gestandaardiseerd diagnostisch instrument, de Recidive Inschattingen Schalen (RISC) en gedragsinterventies, die op hun effectiviteit worden onderzocht en getoetst door de Erkeningscommissie Gedragsinterventies Justitie.³¹ Het gebruik van het gestandaardiseerde diagnostische instrument RISC vergroot de onderlinge afhankelijkheid binnen de strafrechtsheten. Dat bijvoorbeeld de maatregel ISD nagenoeg uitsluitend kan worden opgelegd naar aanleiding van een door de reclassering gegeven advies op basis van RISC impliceert de noodzaak dat er vertrouwen is tussen leden van de justitieketen en voldoen-

²⁸ Partridge, 2004.

²⁹ Partridge, 2004.

³⁰ Zie: Boone & Poort, 2002; Van der Linden, 2004.

³¹ 'Een (justitiële) gedragsinterventie is een programmatisch en gestructureerd geheel van methodische handelingen gericht op het beïnvloeden van iemands gedrag of omstandigheden, met als doel het voorkómen van recidive. Hieronder worden niet verstaan de interventies die uitsluitend op basis van de zorgplicht van Justitie aan de justitiabelen worden aangeboden en die dus niet expliciet tot doel hebben de recidive te verminderen' (Erkeningscommissie, 2007) Inmiddels zijn zes gedragsinterventies – voorlopig – erkend.

de inzicht in elkaars positie in de keten.³² Voor hen is het, om tot een goede afweging en een juiste beslissing te komen, van belang om kennis te hebben van de mogelijkheden en beperkingen van RISc. En die zijn er beide: uitvoering vindt plaats op basis van objectieve items, gecombineerd met een professioneel-klinisch oordeel. Deze combinatie, hoewel in beginsel beter dan een uitsluitend klinisch oordeel, vereist een hoog niveau van forensische deskundigheid, dat echter niet altijd aanwezig is.³³ Toepassing van RISc kan leiden tot een betrouwbaarder advies. Ook echter moet expliciet worden gemaakt dat RISc weliswaar een instrumentarium is dat een zekere validiteit heeft maar op verschillende punten nog verbeteringen en nadere ontwikkeling behoeft.³⁴

Uitvoering van gedragsinterventies kan onderdeel zijn van reclasseringstoezicht, maar het toezicht bevat daarnaast nog een mix van controle en agogische activiteiten.³⁵ Maar ook de wijze van organisatie speelt een belangrijke rol bij het genereren van kwaliteit. In het bijzonder de verbrokkeling van werkprocessen en bureaucratisering, zoals de genoemde functiescheiding, kan leiden tot verlies van kwaliteit en professionaliteit³⁶ en zelfs ook tot toename van recidivegevaar.³⁷

Straffen zonder meer leiden niet tot een maatschappelijk aanvaardbare beperking van recidive. Bij het opleggen van een straf zal de rechter dan ook rekening houden met verschillende strafdoelen: vergelding, speciale en generale preventie en met de mogelijkheden van reïntegratie. Hoewel volgens Vegter de strafoplegging moet bijdragen aan een reductie van recidive en een veiliger samenleving speelt het voorkómen van recidive geen primaire rol bij de strafoplegging. Al te hoge verwachtingen hiervan moeten volgens hem worden getemperd vanuit een realistisch historisch besef en bij het ontbreken van een flankerend sociaal beleid.³⁸ Maar met de 'inlijving' van de reclassering in de justitieketen is er door de reclassering werk gemaakt van de ontwikkeling van de nodige instrumenten recidive te beperken en te werken aan een veiliger samenleving op basis van de eerder genoemde ontwikkelingen binnen de reclassering.

Het gegeven dat gedragsinterventies zich beperken tot nauw omschreven programma's is een grote beperking van de effectiviteit, aangezien het totale reclasseringstraject dat met een cliënt moet worden doorlopen nog steeds werkzaamheden betreft, die niet expliciet op recidivevermindering zijn gericht.³⁹ Deze werkzaamheden vormen de voorwaarden

³² In het kader van de ISD bestaat overigens twijfel of de deskundigheid van reclasseringswerkers toereikend is om zich op basis van RISc een adequaat oordeel te vormen van de noodzaak te komen tot verdiependiagnostiek. (RSJ, 2007 p. 20).

³³ De Ruiter, 2007 p. 7.

³⁴ Zo wordt in recent onderzoek de waarde in twijfel getrokken van de schalen die een uitspraak doen over de 'relatie met partner, gezin en familie' en 'emotioneel welzijn' en zijn er nog de nodige problemen met de schaal over 'alcoholgebruik' (Van der Knaap e.a., 2007). Daarnaast bestaat er onduidelijkheid met betrekking tot de validiteit van RISc wanneer deze wordt toegepast op vrouwen (Rijnen, 2006; Bosker, 2006; Van der Knaap, 2007; zie ook Skeem e.a., 2005).

³⁵ Poort & Bosker, 2005; Bolt, 2007.

³⁶ Van der Laan, 2004.

³⁷ Van Vliet & Oei, 2006; Van Vliet, 2007.

³⁸ Vegter, 2002.

³⁹ Daarbij komt nog dat het uittesten van nieuwe interventies, wat plaatsvindt onder zorgvuldig gearrangeerde condities, een hoog resultaat kan opleveren. Wanneer dezelfde interventie in de praktijk wordt gebracht en onder 'doorsnee' condities wordt uitgevoerd zijn de resultaten echter vaak minder positief. Dit heeft te maken met meerdere factoren, maar in belangrijke mate met onbekendheid t.a.v. de vraag *waarom* de interventie werkt. Daarnaast treedt in de dagelijkse praktijk ook nog verwatering. (Kazdin & Weisz, 2004) Een ander fenomeen waar in dit ver-

voor een effectieve re-integratie van de cliënt in de samenleving en voor borging van de gedurende het reclasseringstraject geboekte resultaten. Want de als effectief (voorlopig) erkende gedragsinterventie zal doorgaans maar een beperkt onderdeel uitmaken van het totale reclasseringstraject en het effect er van kan dan ook sterk – in positieve of negatieve zin – worden beïnvloed door (de organisatie van) dit totale reclasseringstraject. Deze gegevens zijn van belang voor de verwachtingen die door de reclassering, door middel van een advies in een voorlichtingsrapport en de uitvoering daarvan (vaak in de vorm een ‘reclasseringstoezicht’), bij de ketenpartners worden gewekt.

Gedragsdeskundige rapportage geeft inzicht in de pathologie, toerekeningsvatbaarheid en andere eigenaardigheden van de verdachte, het rapport van de reclassering is – als het goed is – toekomstgericht: op het ‘vertalen’ van de achtergronden, beperkingen en mogelijkheden van de verdachte in een uitvoerbaar én uit te voeren plan van aanpak, gericht op (re-)integratie en beperking van de recidivekans. Daarmee kan het reclasseringsadvies niet ‘objectief’ zijn of los gezien worden van de uitvoering, zoals door Justitie voorgeschreven, maar juist ‘subjectief’: het noodzakelijke uitgangspunt voor een effectieve uitvoering van het reclasseringstoezicht. Objectiviteit leidt tot bureaucratisering en aanbodsturing, subjectiviteit tot vraagsturing en maatwerk.⁴⁰

4. Conclusies, dilemma’s, aanbevelingen: de reclassering in 2018

Beantwoording van de vraag of reclassering tot de overheidsverantwoordelijkheden behoort of niet, blijft volgens Heinrich een kwestie van persoonlijke en politieke smaak.⁴¹ Gelukkig valt over smaak te twisten want het lijkt mij dat de vraag waar de verantwoordelijkheid behoort te liggen en hoe deze is georganiseerd moet worden beantwoord aan de hand van de doelstellingen die de reclassering dient te realiseren en de professionaliteit, positie en organisatievorm die daarvoor nodig zijn. Ministeriële beleidsmakers zijn echter geneigd te denken vanuit een structuur waarin de professionals en de justitiecliënten zich maar moeten voegen. Terwijl het ministerie van Justitie terecht uitgaat van de inzet van zoveel mogelijk wetenschappelijk getoetste interventies op cliëntniveau wordt dezelfde eis niet gesteld aan de door hen voorgeschreven organisatiestructuur. Er wordt door beleidsmakers vaak gedacht in simpele oplossingen voor complexe problemen en te weinig vanuit de stand van de wetenschap.⁴²

Als het gaat om de vraag hoe de toekomst van de reclassering er dient uit te zien nemen velen in de justitieketen, maar ook binnen de reclassering zelf, het standpunt in dat het goed zou zijn wanneer er maar één reclasseringsorganisatie zou bestaan. Vaak hebben daarmee samenhangende overwegingen een relatie met een efficiënte bedrijfsvoering en soepele ketensamenwerking; vaak is het vooral handig voor de efficiency van *andere* onderdelen van de keten wanneer er maar een enkele reclasseringsorganisatie zou bestaan. Maar er zijn ook inhoudelijke argumenten. Fijnaut, bijvoorbeeld, stelt dat een verdeelde reclassering geen serieuze gesprekspartner is op stedelijk niveau en zich daardoor niet sterk kan maken voor een andere, bredere rol in het veiligheidsbeleid dan die van produc-

band rekening mee moet worden gehouden is het door Rovers beschreven ‘belief effect’: *Het belief effect beschrijft het proces waarbij de verwachting van respectievelijk het geloof in een specifieke toekomstige werkelijkheid de kans vergroot dat deze werkelijkheid zich zal manifesteren.* (Rovers, 2007).

⁴⁰ Zie: Tonkens, 2003, p. 27-39.

⁴¹ Heinrich, 1995, p. 245.

⁴² Zie: de Ruiter, 2007.

tiemiddel in de strafrechtspleging. ‘Daar heeft zij in de stad gewoonweg onvoldoende draagvlak en onvoldoende middelen voor’.⁴³ Mijns inziens kunnen dergelijke argumenten het denken over de toekomst van de reclassering in een gewenste richting sturen. Maar op sectoraal niveau heeft nog onvoldoende inhoudelijk debat plaatsgevonden om te kunnen vaststellen wat de gewenste organisatiestructuur is voor de reclassering. Op dit moment vindt ontwikkeling van de reclassering voornamelijk plaats via de lijn van advisering, begeleiding en toezicht op het niveau van de individuele cliënt en nog maar nauwelijks via strategische beïnvloeding van het bredere veiligheidsbeleid.

De reclassering is in 2008 meer dan ooit een onderdeel geworden van het justitiële veiligheidsbeleid en heeft tot opdracht gekregen daarin een belangrijke rol te spelen. Macrodoelstellingen als het terugdringen van recidive en een veiliger samenleving spreken tot de verbeelding en de politiek en de publieke opinie spelen hier een stimulerende rol. Maar het is de vraag of de reclassering voldoende en de juiste professionele armslag heeft gekregen om deze opdracht uit te voeren en of het individuele cliëntniveau de toegevoegde waarde van de reclassering op het veiligheidsbeleid zichtbaar kan maken. Het is daarbij van belang in het oog te houden dat ‘terugdringen recidive’ en ‘werken aan een veiliger samenleving’ doelstellingen zijn op macroniveau. Het werk van de reclassering speelt zich af op het microniveau van de individuele cliënt en vergt een nauw samenspel tussen partners in de justitieketen, maar vooral tussen reclasseringswerker en cliënt. De reclasseringswerker wordt in de praktijk bijna uitsluitend met cliënten geconfronteerd in een 1 op 1 situatie. Met alle veranderingen in de werkwijze van de reclassering, geïnitieerd op politiek niveau en afgesproken op beleids- en managementniveau in de justitieketen en tussen het Ministerie van Justitie en reclassering, is er geen sprake van een verandering in de sociaal psychologische wisselwerking tussen cliënt en reclasseringswerker. De mogelijkheden die reclasseringswerkers op de werkvloer ten dienste staan zijn in essentie nauwelijks veranderd of toegenomen. Nog steeds is er – in aanvang – de unieke confrontatie tussen de reclasseringswerker en de cliënt. En ook is het noodzakelijk dat tussen hen een werkbare basis wordt gecreëerd, en ontstaat, nog voordat een aanbod kan worden gedaan of welk ‘product’ of gedragsinterventie dan ook kan worden gerealiseerd. De reclasseringswerker kan daarbij in eerste instantie uitsluitend gebruik maken van zijn professionele verbale en non-verbale mogelijkheden om te komen tot een *dialogogestuurd*, motiverend contact. De werkbare basis laat zich het beste typeren als een betrouwbare relatie; een situatie waarin er vertrouwen bij de cliënt ontstaat dat de reclasseringswerker zal doen wat hij heeft afgesproken. Zonder deze basis kan er alleen maar sprake zijn van machtsuitoefening met als boodschap aan de cliënt: ‘als je niet doet wat ik zeg doe ik geen moeite voor je’. De kans dat de cliënt wordt overvraagd op motivatie of dat er onvoldoende inzicht in de responsiviteit is aanzienlijk, waardoor hij/zij kan afhaken.⁴⁴ Pas nadat een relatie is gelegd tussen reclasseringswerken en cliënt kunnen andere instrumenten, zoals het RISc en gedragsinterventies, worden toegepast.⁴⁵

De justitiecliënt lijkt in dit geheel het object te zijn geworden van een sociaaltechnologische aanpak. Deze aanpak, bestaande uit een betere, systematische diagnostiek en risico-inschatting en de inzet van zoveel mogelijk effectief gebleken interventies, staat nog in de kinderschoenen en verdient de kansen zich verder te ontwikkelen. Maar het gevaar echter dat de zwaarte van de straf en de reclasseringsactiviteit die daaraan is gekoppeld niet meer wordt bepaald door wat iemand heeft misdaan, maar door wat iemand op grond van

⁴³ Fijnaut, 2004.

⁴⁴ Zie: Bransen e.a., 2003; Van Vliet & Oei, 2006; Van Vliet, 2007.

⁴⁵ Zie ook: Menger & Kregtig, 2006.

statistische (risico)voorspellingen mogelijk zal misdoen is sterk aanwezig. Vanuit het oogpunt van rechtsbescherming stuit dit op ernstige bezwaren, zoals door Moerings wordt betoogd.⁴⁶ de reclassering zou mijns inziens in deze discussie een meer onafhankelijke positie ten opzichte van het ministerie van Justitie en het OM moeten innemen; er zal door de reclassering een keuze moeten worden gemaakt tussen straf en zorg. de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) spreekt in dit verband over ‘Dokteren aan disciplineren’.⁴⁷

Volgens Mark Twain is voorspellen moeilijk, vooral als het de toekomst betreft. Het is ook niet te voorspellen hoe de reclassering er anno 2018 uit zal zien. Uit onder meer de historische studie van Heinrich blijkt dat de organisatie van de reclassering voortdurend samenhangt met zich wijzigende politiek-maatschappelijke ontwikkelingen.⁴⁸ Veel zal afhangen van de vraag of de Nederlandse samenleving zich zal ontwikkelen tot een angstige, naar binnen gekeerde- of tot een open, sociaal betrokken samenleving.⁴⁹

Bij het bezien van de toekomst van de reclassering is niet in de eerste plaats aan de orde of er drie, één of tien reclasseringsorganisaties dienen te bestaan. Uitgaande van de hiervoor geschetste analyses zal de reclassering de komende jaren sectoraal en met de politieke-, ambtelijke- en ketenomgeving het debat moeten aangaan over de gewenste positie en organisatie. Mijns inziens zullen daar keuzes moeten worden gemaakt in onder meer de hieronder genoemde dilemma’s. Ik ga er daarbij vanuit dat dilemma’s niet moeten worden geïnterpreteerd als absolute tegenstellingen, maar als twee moeilijk te verenigen posities.

Fragmentatie versus trajectmatig werken

Reclasseringcliënten blijken vaak in hun historie al veel ontoereikende hulpverleningscontacten te hebben gehad. Deze kenmerkten zich door versnippering; de cliënt moet voor elk deelprobleem bij een andere organisatie aankloppen. Dit is voor een groot deel het resultaat van een overheidsbeleid dat zich kenmerkt door marktwerking en waarbij concurrentie het wint van samenwerking. Elke organisatie wordt gestuurd door zijn eigen ‘productdefinities’, targets en bijbehorende financierings- en afrekeningssystematiek. Elke organisatie of professional ziet een *ziekte*, maar niemand ziet de *zieke* als geheel. Voortdurend worden opnieuw diagnoses en indicaties gesteld. de cliënt moet zich voortdurend aanpassen aan de organisatie van de zorg en de hulpverlening, waardoor het afbreukrisico en het delictrisico toeneemt.⁵⁰ de reclassering en vormen van justitiegebonden zorg en hulpverlening kenmerkten zich tot voor enkele jaren doordat niet de aangeboden cliëntproblematiek, maar het justitiecontact een instroomcriterium was. Daardoor was een trajectmatige, experimenterende opstelling niet alleen mogelijk, maar ook noodzakelijk. Er was ruimte om te werken in zowel het justitiële als het niet-justitiële domein.⁵¹ Op dit moment wordt vanuit het justitiebeleid gestreefd naar selectiviteit en het stellen van haalbare doelen op basis van afzonderlijk wetenschappelijk ontwikkelde instrumenten en (gedrags)interventies, die allen gefragmenteerd worden aangeboden en toegepast. Er is niet meer één reclasseringswerker die de cliënt gedurende het gehele traject volgt. de vormgeving van de reclasseringsorganisatie gaat vervolgens steeds meer in

⁴⁶ Moerings, 2003; zie ook Buruma, 2007.

⁴⁷ Zie RMO, 2007.

⁴⁸ Heinrich, 1995.

⁴⁹ Zie: Ministerie van Justitie, 2007.

⁵⁰ Felsö & Theewes, 2002.

⁵¹ Zie: Soetenhorst-de Savornin Lohman, 1985.

de richting van de organisatie van reguliere hulpverlening- en zorginstellingen. Het gevolg zal zijn: een uitstoot van de moeilijkst bereikbare cliënten, die het in de reguliere instellingen al niet wisten te redden en – daardoor – terecht kwamen in het justitiële circuit. Toename van delictgedrag zal het gevolg zijn.

De komende jaren zal de reclassering helderheid moeten verkrijgen over hoe de verworven (wetenschappelijke) kennis kan worden gecombineerd met het werken in langdurige, samenhangende begeleidingstrajecten.

Objectiviteit versus subjectiviteit

Het voorgaande hangt nauw samen met dit dilemma. de ontwikkeling om bij de reclassering meer en meer te gaan werken via de lijnen van de reguliere zorg en hulpverlening heeft geleid tot de eis vanuit de (betalende) overheid tot objectivering van diagnostiek en indicatiestelling. de reclasseringswerker die probeert te komen tot een maximale 'fit' tussen cliënt en hulpverlening, makelaar tussen justitie, zorg en hulpverlening, die zelf het gehele proces begeleidt en daarop toezicht houdt bestaat niet meer. de veronderstelling is dat dit zal leiden tot een vergroting van de effectiviteit van trajecten en tot efficiency en tijdigheid van processen. Een andere veronderstelling is echter dat deze werkwijze zal leiden tot meer bureaucratie en aanbodsturing.

De reclassering zal hier mijns inziens moeten kiezen tussen objectiviteit en aanbodsturing (te kwalificeren als relatief ineffectief) enerzijds en subjectiviteit en vraagsturing (te kwalificeren als relatief effectief) anderzijds.

Effectieve interventie versus effectieve professional

Wetenschappelijk bewezen effectieve instrumenten en (gedrags)interventies kunnen leiden tot betere resultaten. Het hanteren echter van nauw omschreven protocollen als trucjes die op cliënten kunnen worden toegepast ligt op de loer. Het gebruik van wetenschappelijk getoetste instrumenten en interventies kan leiden tot instrumenteel handelen, maar vraagt om effectieve professionele medewerkers met een eigenstandig professioneel klinisch oordeel. Dit vergt permanente scholing van medewerkers en regelmatige evaluatie en bijstelling van toegepaste middelen.

De vraag is hoe zich deze effectieve professional verhoudt tot het door de overheid aan de reclasseringsorganisaties opgelegde productie- en verantwoordingskader. Hoe professioneel en zelfstandig kan de professional zijn wanneer hij wordt afgerekend op een 100% productie en niet op behaalde inhoudelijke resultaten?⁵² Deze vraag brengt mij bij het volgende, laatste dilemma.

Productiekader en verantwoording versus professionele verantwoordelijkheid en kwaliteit.

Het beste kan ik dit dilemma illustreren aan de hand van recent gepubliceerde rapportages van de Inspecties voor de Jeugdzorg, voor de Sanctietoepassing en voor de Gezondheidszorg betreffende een onderzoek naar een casus kindermishandeling.⁵³ In dit rapport wordt beschreven hoe een Officier van Justitie in het belang van adequate en snelle hulpverlening een voorwaardelijk sepot overwoog ten aanzien van een vader die schuldig was aan het doodschudden van zijn baby. de reclassering werd verzocht een mondeling rap-

⁵² Het is niet eenvoudig om hier eenduidig een effectieve professional te definiëren. Ik ga echter onder meer uit van een definitie van Van Delden waarbij het gaat om een combinatie van beroepskennis en probleemgerichtheid. (Van Delden, 1991)

⁵³ Ist, 2006; IJZ, Ist, IGz, 2007.

port uit te brengen en nog dezelfde dag werd het voorwaardelijk sepot van kracht. Voor- dat de reclassering echter in actie kwam was een half jaar verstreken, was er inmiddels een volgende baby in het gezin geboren en inmiddels door schudden zwaar mishandeld, en was de hulpverlening in het gezin nog steeds volkomen versnipperd. Dat de reclassering niet in actie kwam had, behalve werkdruk en onachtzaamheid, als redenen: de functiescheiding tussen de adviesfunctie en de uitvoering van het toezicht op de cliënt (de ‘knip’). de unitmanager had vervolgens de cliënt niet verdeeld naar een toezichthoudende reclasseringswerker wegens het ontbreken van de toezichtopdracht, het brondocument voor het registratiesysteem, waaraan de betalingstitel zou zijn gekoppeld. de rapportage illustreert duidelijk wat er mis gaat als productie en verantwoorden het winnen van verantwoordelijk- en kwalitatief handelen.

De vraag is of de reclasseringssector in staat is om, met behoud van een redelijk productiekader, professioneel en verantwoordelijk te handelen.

Met deze bijdrage heb ik geen volledigheid nagestreefd, maar wel gepoogd een bijdrage te leveren aan de bezinning op de ontwikkeling van de reclassering tot een volwassen en professionele organisatie, functionerend op het speelveld van justitie, zorg en hulpverlening.

Auteur

*Jaap A. van Vliet werkt sinds 1979 in de forensische sector. Sinds 2001 is hij in dienst bij Leger des Heils Jeugdzorg & Reclassering, achtereenvolgens als unitmanager in Arnhem en Amsterdam en nu als beleidsmedewerker markt en kwaliteit. Hij is in maart 2006 aan de Universiteit van Tilburg gepromoveerd op een proefschrift onder de titel ‘De TBS in zijn maatschappelijke context. de relatie tussen forensische psychiatrie en algemene geestelijke gezondheidszorg’. Hij is daarnaast onder meer redactielid van het tijdschrift voor de strafrechtspiegeling *Proces* en publiceert regelmatig over onderwerpen op het grensvlak van justitie en zorg. Website: www.jaapvanvliet.info, correspondentie adres: vliet.aktief@tiscali.nl.*

Aangehaalde Literatuur

Bolt 2007

E. Bolt, *Mag het ietsje meer zijn?*, Hogeschool Utrecht, Eindopdracht MER-deeltijd 2007.

Boone 2004

M. Boone, *Leren diversifiëren. Reclassering en culturele diversiteit*, Utrecht, WPI 2004.

Boone & Poort 2002

M. Boone & R. Poort, Wat werkt (niet) in Nederland? de What Works principes toegepast op het programma-aanbod van de Reclassering, *Justitiële Verkenningen* jrg. 28, nr. 8, oktober/november 2002.

Bosker 2006

J. Bosker, de bruikbaarheid van RISc voor vrouwelijke daders, *Proces* Nr. 2006/4, p. 153-155.

Bransen e.a. 2003

E. Bransen, L. Hulsebos, S. Nicholas & J. Wolf, *Kwetsbare mensen over samenhang in de zorg. Deelstudie in het kader van de rapportage van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) over de Staat van de Gezondheidszorg 2003: Ketenzorg voor chronisch zieke mensen*, Trimbos-Instituut, Utrecht 2003.

De Bruin 2002

J.A. de Bruin, Outputsturing in publieke organisaties. Over het gebruik van een product- en procesbenadering, Management en organisatie, 2002, p. 5 – 21.

Buruma 2007

Y. Buruma, Risico-inschatting: het smalle pad tussen sciëntisme en kwakzalverij, *Delikt en Delinkwent* 2007, 26, p. 350-359.

Van Delden 1991

P.J. van Delden (1991), *Professionals, kwaliteit van het beroep*, Amsterdam, Veen, geciteerd door C. Auer, (1994), Professionals en opleiden: een begripsafbakening, *Opleiden van professionals*, Deventer, Kluwer bedrijfswetenschappen.

Erkenningscommissie 2007

Erkenningscommissie gedragsinterventies,
<http://www.justitie.nl/onderwerpen/criminaliteit/erkenningscommissie/gedragsinterventies>, Ministerie van Justitie, 2007.

Felsö & Theewes 2002

F.A. Felsö en J.J.M. Theewes, *de vraag naar Tbs. Haalbaarheidsstudie naar een voorspelmodel voor de vraag naar Tbs*, Den Haag, WODC 2002.

Fijnaut 1988

C.J.C.F Fijnaut, (red.), *Reclassering: Horizon 2000. Ontwikkelingen in strafrecht en samenleving en de rol van de reclassering*, Arnhem, Gouda Quint 1988.

Fijnaut 2004

C.J.C.F Fijnaut (2004), Voor een herinrichting van de reclassering, *Proces*, Nr. 2004/6, p. 226 – 228.

Heinrich 1995

J.P. Heinrich, *Particuliere reclassering en overheid in Nederland sinds 1823*, Arnhem, Gouda Quint, 1995.

IST 2006

Inspectie voor de Sanctietoepassing, *Onderzoek door IGz, IJZ en Ist naar casus kindermishandeling. Deelrapport reclassering. Inspectierapport*, Den Haag 2006.

IJZ, IST, Igz 2007

Inspectie Jeugdzorg, Inspectie voor de Sanctietoepassing, Inspectie voor de Gezondheidszorg (2007), *Onderzoek naar casus kindermishandeling*, Den Haag 2007.

Kazdin & Weisz 2004

A.E. Kazdin & J.R. Weisz, *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents*, New York: The Guilford Press, 2004, geciteerd door: N.W. Slot, Behandeling van probleemgedrag bij kinderen en adolescenten: wat werkt, waarom en onder welke condities?, *Kind en Adolescent Review* 11 (2004) 3, p. 379-384.

Kelk 2004

C. Kelk, Reclassering nu, *Proces*, Nr. 2004/6, p. 242 – 243.

Ketennetwerk 2007

Ketennetwerk, http://www.ketennetwerk.nl/documents/Rolverdeling_002.doc, Stichting Ketennetwerk, 2007.

Knaap, L.M. van der, L.E.W. Leenarts e.a. 2007

Knaap, L.M. van der, L.E.W. Leenarts e.a, *Psychometrische kwaliteiten van de Recidive Inschattingsschalen (RISc) Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, interne consistentie en congruente validiteit*, WODC, Cahier 2007-5, 2007.

Van der Kwast, e.a. 1974

S. van der Kwast, *Het einde van onbegonnen werk? Vijftig jaar sociaal-psychiatrisch reclasseringswerk van de Dr. F.S. Meijers-vereniging*, Meppel, Boom 1974.

Van der Laan 2004

G. van der Laan, de metamorfose van de reclassering als teken des tijds, *Proces*, Nr. 2004/6, p. 233-241.

Van der Linden 2004

B. van der Linden, Terugdringen Recidive, *Proces* 2004, Nr. 3, p. 94 – 101.

Maris e.a. 1991

A.J Maris (red.), *Tussen roeping en beroep. Honderd jaar reclassering Leger des Heils in Nederland*, Arnhem, Gouda Quint, 1991.

Menger & Kregtig

A. Menger, & L. Kregtig, *Het delict als maatstaf. Methodiek werken in gedwongen kader*, Amsterdam, SWP, 2006.

Ministerie van Justitie 2007

Ministerie van Justitie, *Justitie over morgen. Scenario's en strategieën voor 2015*, Ministerie van Justitie, Directie Algemene Justitiële Strategie, Den Haag 2007.

Ministerie van Justitie & Ministerie van Binnenlandse Zaken 2002

Ministerie van Justitie & Ministerie van Binnenlandse Zaken, *Naar een veiliger samenleving*, Den Haag, 2002.

Moerings 2003

M. Moerings, *Straffen met het oog op veiligheid: een onderneming vol risico's*, Oratie, Leiden, 2003.

NFR/Ministerie van Justitie 1993

NFR/Ministerie van Justitie, *de reclassering in breder perspectief. Blauwdruk*, Den Bosch 1993.

Opdrachtgeversoverleg 2007

Opdrachtgeversoverleg, *Beleidskader Reclasseringstoezicht*, Den Haag, april 2007.

Partridge 2004

S. Partridge, *Examining case management models for community sentences*, Home Office online report 17/04, 2004.

Poort 2007

R. Poort, Het reclasseringsbeleid van minister Donner. Ontwikkelingen in de jaren 2002-2006 (en daarvoor), *Proces* Nr. 2007/3, p. 90-97.

Poort & Bosker 2005

R. Poort & J. Bosker, de modernisering van reclasseringstoezicht. Een nieuw systeem, *Proces* nr. 5, 2005, p. 175-182.

RMO 2005

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, *Tussen zorgen en begrenzen. Over de aanpak van delictplegers met psychi(atri)sche problemen. Vooronderzoek van de Raad voor maatschappelijke ontwikkeling*, Den Haag 2005.

RMO 2006

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, *Psychiatrische patiënten. Vervolg op vooronderzoek 'criminalisering van psychiatrische patiënten'*, <http://www.adviesorgaan-rmo.nl/info/advies.php?id=102&s=8>.

RMO 2007

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, *Straf en zorg: een paar apart. Passende interventies bij delictplegers met psychische en psychiatrische problemen*, Den Haag, SWP 2007.

RSJ 2007

Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, de *Inrichting voor Stelselmatige Daders*. Advies, Den Haag, RSJ, april 2007.

Rammers 2003

R.A.B.C, Rammers, *Eindrapport Evaluatie Outputsturing bij de Stichting Reclassering Nederland*, Interne publicatie, oktober 2003.

Reclassering 3RO 2005

Reclassering 3RO, *ADP's in de steigers. Afsluitingsdocument definitiefase*, Interne publicatie, 18 mei 2005.

Reclassering Nederland 2007

Reclassering Nederland, *Fundament voor de ontwikkeling van de adviesfunctie van de reclassering*, Interne publicatie, 6 juni 2007.

Rovers 2007

B. Rovers, *'Ze deugen nergens voor': Het Belief effect in justitiële jeugdinterventies*, Lectorale rede Avans Hogeschool, 9 november 2007.

Rijnen 2006

K. Rijnen, Context en verbondenheid. Vragen bij de bruikbaarheid van RISc voor vrouwelijke daders, *Proces* Nr. 2006/3, p. 90-96.

De Ruiter 2007

C. de Ruiter, Tbs: nog wat meer stof tot nadenken, *Pedagogiek*, nr. 1, 2007, p. 3-10.

Skeem e.a. 2005

J. Skeem e.a., Gender and Risk Assessment Accuracy: Underestimating Women's Violence Potential, *Law and Human Behavior*, Vol. 29, No. 2, April 2005, p. 173-186.

Soetenhorst-de Savornin Lohman 1985

J. Soetenhorst-de Savornin Lohman, *Samenhang in de hulpverlening aan justitie-cliënten*, Rijswijk, Sociaal Cultureel Planbureau, 1985.

Tonkens 2003

E. Tonkens, *Mondige burgers, getemde professionals. Marktwerking, vraagsturing en professionaliteit in de publieke sector*, Utrecht, NIZW, 2003.

Vegter 2002

P.C. Vegter, Effectiviteit en reïntegratie, *Sancties*, 2002/3, p. 143-146.

Van Vliet 2004

J.A. van Vliet, Tussen welzijn, wet en wetenschap. Over sturing in de reclassering, *Proces*, 2004/6. p. 249-260.

Van Vliet 2006

J.A. van Vliet, *de Tbs in zijn maatschappelijke context. de relatie tussen forensische psychiatrie en algemene geestelijke gezondheidszorg*. Nijmegen, Wolf Legal Publishers 2006.

Van Vliet 2007

J.A. van Vliet, Van algemene zorg en hulpverlening naar justitie. Zijn tbs-opleggingen te voorkómen,? *Proces*, Nr. 2007/2, p. 48-57.

Van Vliet & Oei 2006

J.A. van Vliet & T.I. Oei, Van stoornis naar delict. de verbrokkelde hulpverleningsgeschiedenissen van tbs-gestelden, *Pedagogiek*, nr. 3, 2006, p. 301-316.

Zwemmer e.a. 2007

J. Zwemmer, J. Jager & J.A. van Vliet, Nazorg in ontwikkeling: werk in uitvoering!, *Proces*, Nr. 2007/3, p. 117- 123.

De beperkte betekenis van de reguliere diagnostiek voor de rapportage en behandeling pro Justitia

E.J.P. Brand

Samenvatting

Onderzoekers en behandelaars pro Justitia gaan in hun diagnostiek van justitiabelen uit van een psychiatrische stoornis als verklaring van de delicten van laatstgenoemden. Doel van de behandeling is het opheffen van de gediagnosticeerde stoornis, opdat justitiabelen verantwoord terugkeren in de samenleving. Het veronderstelde, causale verband tussen geestesstoornissen enerzijds en delict en recidivebeperking anderzijds stoelt niet op wetenschappelijke evidentie. Persoonsvariabelen en omgevingsfactoren die buiten de gangbare diagnostiek vallen, zouden in de pro Justitia-rapportages en in de behandeling pro Justitia van grotere betekenis kunnen zijn, dan rapporteurs pro Justitia en diagnostici en behandelaren in de forensische psychiatrie geneigd zijn om aan te nemen.

1. Inleiding

Het succes van de forensisch psychiatrische behandeling kent net als die in de reguliere psychiatrie als criterium het uitblijven van een recidive. Maar de betekenis van 'recidive' verschilt in beide sectoren hemelsbreed. Wordt er in de reguliere psychiatrie terugval in ziekte mee bedoeld, in justitiële behandelinrichtingen of de forensische psychiatrie geldt de strafrechtelijke variant ervan: het uitblijven van een nieuw delict.

Het uitgangspunt van behandeling in beide sectoren is de DSM-IV-classificatie. Bij de te behandelen justitiabelen staat idealiter echter niet zozeer de stoornis centraal, alswel het toekomstige, morele denken en handelen van de patiënt. de vraag rijst in hoeverre stoornissen en DSM-classificaties relevant zijn voor de verklaring en de behandeling van gestoord, agressief-crimineel gedrag.

Is een gestoorde agressiehuishouding een gevolg van een psychiatrische stoornis in engere zin, en heft de behandeling ervan de agressieve uitwas op, of zou de forensische psychiatrie gebaat zijn bij een ruimer uitgangspunt in diagnostiek en behandeling? Niet de psychiatrische stoornis op zichzelf zou dan, anders dan in de reguliere psychiatrie, uitgangspunt zijn van behandeling, maar agressie- en recidivebepalende persoonsvariabelen en omgevingsfactoren, die zich niet per se laten terugvoeren op de stoornis in engere zin. Te denken valt aan variabelen als temperament, karakter, hiaten in de opvoeding, gebrekkige empathie- en gewetensvorming, verslavingen in brede zin, perversieën, enzovoort. Een dergelijk, divers uitgangspunt om de bedoelde variabelen en factoren op het spoor te komen en een delict te verklaren en de kans op herhaling te minimaliseren, vraagt om uitbreiding van het scala aan diagnostische en behandel-inhoudelijke invalshoeken, zoals dat in TBS-klinieken stilaan een feit aan het worden is.

In de nabije toekomst valt te verwachten dat het accent in diagnostiek en behandeling van met name TBS-patiënten niet op het psychiatrische ziektebeeld *sec* ligt, maar op een veelvoud aan interne én externe factoren die relevant zijn voor het begrip en de behandeling van gestoord, agressief-crimineel gedrag. de accentverschuiving zal tot gevolg heb-

ben dat de huidige behandelmethoden, te weten de psycho- en farmacotherapie, worden aangevuld of vervangen door die van de psychosociale trainingen en psycho-educatie.

2. Diagnostiek in GGz en TBS

De onderstaande diagnose komt zowel in de reguliere als in de forensische psychiatrie voor. Om een vignet van een patiënt in de eerst genoemde sector te geven:

G. 41 jaar oud. Geen desoriëntatie in tijd, plaats en persoon. Psychiatrisch kenmerk schuldwaan. G. waant zich schuldig aan de terroristische treinaanslagen in Madrid in 2004. Door zijn toedoen zouden bijna honderd mensen zijn gedood en een veelvoud ervan gewond. Hij houdt de verklaring hoe hij zijn aandeel heeft geleverd en waarom achter, dit onder de toezegging dat hij er te zijner tijd op terugkomt. Hij voelt zich doorlopend schuldig en zegt slechts voor zijn kinderen te (blijven) leven. Hij ontzegt zichzelf het recht op daglicht en verblijft overdag met de gordijnen dicht op zijn kamer.

En een vignet uit een TBS-kliniek:

P. 35 jaar oud. Geen desoriëntatie in persoon, tijd en plaats. Psychiatrisch kenmerk: achtervolgingswaan. Heeft een buurman aangevallen en met een bijl gedood. Hij is ervan overtuigd dat hij de man terecht verdacht van voorbereiding van een aanslag op zijn persoon en dat wat hij uit lijfsbehoud heeft ondernomen juist was. Schuldbesef ontbreekt. Hij wordt naar zijn overtuiging onterecht vastgehouden en verwijt Justitie dat zij hem een maatregel wil opleggen, terwijl de ware schuldige vrijuit gaat.

...

Voor beide patiënten treft men dezelfde classificatie aan: ‘Schizofrenie, paranoïde type’ (DSM-codering op as I: 295.30). In hun persoonlijkheid en hun wijze van ‘in de wereld staan’ echter, laat zich nauwelijks een groter verschil denken. de eerste patiënt wordt verteerd door schuld voor iets dat hij niet heeft gedaan, de tweede ervaart geen enkele schuld voor wat hij wél heeft gedaan.

De DSM-classificatie zegt weinig tot niets over hoe patiënten hun (afwijkende) gedrag ervaren, terwijl die ervaring uiterst relevant is voor de behandeling en recidivebeperking. Men zou in het geval van het tweede vignet de tekort schietende classificatie kunnen compenseren door middel van een tweede, en wel die van een persoonlijkheidsstoornis. Bij het forensisch-psychiatrische vignet zou de *anti-sociale* persoonlijkheidsstoornis van toepassing kunnen zijn. Deze, zogeheten ‘as-II-classificatie’ benoemt dan echter slechts een waarneembaar, objectief feit, namelijk dat de patiënt in kwestie geregeld met politie en justitie in aanraking komt, en brengt geen inzicht in de aard van de justitiabele en zijn mate van behandelbaarheid. Niet een DSM-classificatie is dan per se relevant, alswel andere, voor het toekomstige handelen van de patiënt belangrijk gegevens: in welke mate ziet hij zelf de strafbaarheid van zijn gedrag in, kent hij wroeging, is hij in staat gebleken zich in soortgelijke omstandigheden op andere momenten wél te beheersen, is hij in staat andere dan agressieve strategieën toe te passen, laat hij zich in zijn denken en doen iets gelegen liggen aan andermans bemoeienis en aanwijzingen, enzovoort.

De behandeling van de psychiatrische stoornis *an sich* zou wel eens minder toereikend kunnen zijn om delicten te verklaren en strafrechtelijke recidive te voorkomen, dan men in de forensische psychiatrie geneigd is om aan te nemen. Onderzoek wijst uit dat behandeling bij psychotische daders recidivegevoeliger maakt, met andere woorden, dat behan-

deling een averechts effect sorteerde.¹ Deze paradox, die van toepassing bleek op een acut-psychiatrisch ziektebeeld, zou dat ook zijn op psychopathie,² en zou dat kunnen zijn op andere stoornissen die het welbevinden van psychiatrisch gestoorde justitiabelen én hun naasten (kunnen) bedreigen. Niet de (persoonlijke)stoornis,³ de verslaving, de perversie, en dergelijke maakt mensen antisociaal en gevaarlijk, maar de mate waarin zij ondanks hun toestandsbeeld, stoornis, verslaving, passie of perversie in staat zijn met de belangen van anderen rekening te houden en wetten te respecteren.⁴ Bij de ene persoon valt gedrag onder invloed van middelen of een passies vooralsnog binnen de grenzen van het aanvaardbare en legale, bij een andere, met eenzelfde DSM-classificatie, lijkt onder invloed van die middelen de gang naar het strafbare onvermijdelijk. de ene verslaafde beseft wat toelaatbaar is en wat hij anderen aandoet als hij zich 'laat gaan', de andere, met eenzelfde DSM-classificatie en verslaving, ontbeert elke vorm van zelfbeheersing, empathie en schuldbesef, en maakt het niet uit of hij recidiveert of niet. de ene justitiabele met een impulscontrolestoornis komt dankzij de sociale controle van direct betrokkenen niet meer met Justitie en politie in aanraking, de andere, even zo goed impulsief van aard, laat zich door niets en niemand imponeren en begrenzen.

De bedoelde (zelf)kennis, empathie en/of effect van sociale controle zijn geen functies van psychiatrische stoornissen en komen in de forensische psychiatrie, ondanks hun betekenis voor het delict en de recidivekans, in het geheel niet of slechts beperkt aan bod. Mijns inziens schieten pro Justitia-rapportages voorafgaand aan een eventuele maatregel, en behandelplannen, verlengingsadviezen, als die eventuele maatregel eenmaal een feit is, tekort in het aangeven van die persoonsvariabelen en omgevingsfactoren die, méér dan de eventueel gediagnosticeerde stoornis, bepalend zijn voor de gestoorde criminaliteit en de eventuele recidive.

Uitgangspunten van advisering en behandeling pro Justitia

De vraagstelling aan de pro Justitia rapporterende gedragsdeskundigen spitst zich bij de verdachte toe op de vaststelling van een eventuele stoornis en/of gebrekkige ontwikkeling van zijn geestvermogens, op de wijze waarop en de mate waarin die stoornis of gebrekkige ontwikkeling ten tijde van het delict de gedragskeuzes of gedragingen beïnvloedde en op de vraag welke maatregel eventueel van toepassing is.⁵ Vaststelling van de stoornis in een DSM-IV-classificatie en van een gebrekkige ontwikkeling van de geestvermogens in de vorm van een IQ-bepaling leveren doorgaans geen problemen op.

De tweede vraag, die van de invloed van de stoornis of gebrekkige ontwikkeling op het delict, met andere woorden, de overstap van diagnostiek naar delict, is veel omvattender en laat zich lastiger beantwoorden. Hetzelfde geldt voor de derde vraag in de het onderzoek, die van het verband tussen stoornis en delict en de eventueel te adviseren maatregel. Over die vermeende verbanden doet de wetenschap geen of nauwelijks uitspraken, laat staan dat zij die heeft geëxpliciteerd en verankerd.⁶

¹ Vernon, 1998/2005).

² Hildebrand, 1998.

³ Van degenen met een persoonlijkheidsstoornis komt slechts een zeer klein percentage in aanraking met politie en/of justitie, die met een antisociale stoornis daargelaten; met die laatste classificatie lijkt echter niet per se een stoornis te worden aangeduid, alswel (slechts) een bepaald gedragskenmerk.

⁴ Zie bijvoorbeeld 'legale' vormen van exhibitionisme in: B. van Weelden, *Pronken met jezelf*, Amsterdam, 1993.

⁵ De Kom, 2002.

⁶ Brand, 2001.

Zie ik het juist, dan ligt het verschil tussen de reguliere en de forensische psychiatrie in het aangrijpingspunt van behandeling. de reguliere psychiatrie behandelt stoornissen in de verwachting dat de patiënt zich zonder die stoornis ‘beter’ voelt, met andere woorden, men behandelt daar de patiënt in het belang van die patiënt. In de forensische psychiatrie daarentegen behandelt men stoornissen, opdat de recidivekans zich beperkt, dit in het belang van de samenleving die de justitiabele bij monde van de rechter de maatregel heeft opgelegd. Voor het succes van die maatregel is het opheffen van de stoornis in engere zin geen exclusieve voorwaarde, zoals in de behandeling van psychotische en psychopathische criminelen is gebleken (zie noot 1 en 2). Wat de forensisch psychiatrische patiënt mijns inziens vooral nodig heeft aan behandeling is een minimale bewustwording in sociale en morele zin.

Een justitiabele met een delictgerelateerde verslaving overwint idealiter zijn verslaving. Het opheffen of onder controle brengen van de verslaving echter, is niet meer dan een eerste stap richting geslaagde resocialisatie. Even noodzakelijk, zo niet noodzakelijker, is het voor die patiënt dat hij zijn gedrag in bredere zin onder de loep neemt en leert zijn leven op een andere, dan criminele wijze inhoud te geven. Verslavingen overwinnen of beheersbaar maken is een eerste doel van de behandeling, een tweede doel bestaat uit de bewustwording van wat die verslaving voor anderen betekent of kan betekenen, en een derde, voor resocialisatie noodzakelijke stap zou zijn het vinden en vasthouden van een alternatief voor het verslavingsgedrag.

3. Behandeling in een justitieel kader

Verslaving of geen verslaving, stoornis of geen stoornis, moreel verantwoord denken en handelen is geen vanzelfsprekendheid. Dat is tot vrij recent evenwel wél aangenomen, een aanname die van doorslaggevende betekenis is geweest voor de wijze van behandelen in justitiële inrichtingen.

Om de omslag in ons denken over misdaad en behandeling te verkennen keren we terug in de tijd, en wel naar het Nederlandse gevangeniswezen zoals dat tot kort na de Tweede Wereldoorlog was ingericht. Tot de hervormingen vanaf 1947, onder invloed van de Commissie Fick, gold daar het principe van ‘de eenzame opsluiting’.⁷ Gevangenen zaten hun straf eenzaam en met een minimum aan contact met medege-detineerden uit, met als enige afleiding voor wie wilde de stichtelijke lectuur van de Bijbel. Er gold een spreekverbod, op de luchtplaats droegen gedetineerden ‘kappen’ op en om het hoofd ter voorkoming van gespreks- en oogcontact, en de kerkdienst volgde men niet zittend, maar staande, in met gaas afgeschermd ‘hokken’, opdat men elkaar niet zag.

De achterliggende idee of premisse was dat de mens bij geboorte beschikt over een volwaardig moreel bewustzijn, over een kant en klaar geweten. Met andere woorden, ongeacht afkomst en opleiding kent de mens ‘het goede’ en zou hij zich *indien hij wil* overeenkomstig kunnen gedragen. In deze rechtsfilosofische opvatting was goed burgerschap slechts een kwestie van *willen*. Maar soms, zo was de redenering, werd de aangeboren idee van het goede en de wil om zich daarnaar te gedragen door invloeden van buitenaf, door anderen, verstoord. Nam men die invloed weg door gevangenen in een volkomen isolement door hun detentie heen te leiden, dan zou de (aangeboren) hang naar het goede weer de overhand krijgen en de crimineel met zijn gerevitaliseerde geweten voorlopig of voortaan weer van alle kwaad afhouden.⁸

⁷ Brand, 2000.

⁸ Franke, 1991.

De hervorming van de huizen van bewaring en gevangenissen leidde onder meer tot de instelling van de zogeheten psychologische diensten. Gedetineerden werden niet langer eenzaam op cel gehouden, maar op grond van testgegevens en persoonlijkheidskenmerken ondergebracht in diverse ‘gemeenschapsregiems’. de rechtsfilosofische idee evenwel bleef onaangetast: ook justitiabelen beschikken in principe over een kant en klaar geweten en zijn in principe in staat tot gewetensvol handelen. Naast de kwade invloed van anderen, die de ‘gewone’ crimineel tot kwaad verleidde, was er een andere mogelijke invloed die hem van het rechte pad kon doen afdwalen, en dat was die van de ‘geestesstoornis’. Ook onder invloed van zo’n stoornis liet het geweten mogelijk na en was de geestesgestoorde crimineel niet langer in staat zijn wil ‘overeenkomstig zijn geweten’ (lees: wil) te bepalen. Het in de toerekeningsvatbaarheidsbepaling geldende *wilscriterium*, zoals het PBC dat hanteert en voorafgaand aan de conclusie vermeldt, komt voort uit deze rechtsfilosofische premisse.⁹

Is mijn waarneming juist, dan heeft de forensische psychiatrie dat principe tot in onze tijd als uitgangspunt gehanteerd: neem de stoornis weg, en de patiënt hervindt zijn geweten en kan, als hij *wil* (in morele zin) terugkeren in de samenleving.

De hervorming van het gevangeniswezen en de komst van psychologische diensten in huizen van bewaring en gevangenissen, eind jaren veertig van de vorige eeuw, hadden mede tot gevolg dat daders niet meer als een apart soort van wilswakke mensen werden beschouwd,¹⁰ maar net zo goed als niet-criminelen als mensen met een individuele levensgeschiedenis en een eventuele scheefgroei. Men kreeg oog voor de verdachte en dader als persoon en individu. In overeenstemming met de tijdgeest, die van de psychoanalyse, verwachtte men zijn leven ten goede te keren door de hele levensloop en de bijbehorende beleving ervan onder de loep te nemen. Deze verwachting bereidde de weg voor intensieve vormen van psychotherapie, *ook* bij TBS-patiënten.¹¹ Het leidende principe, dat van het aangeboren geweten, bleef even wel onaangetast, en de methode om dat geweten (weer) te laten spreken, die van de vrije associatie en catharsis. Zouden emotionele blokkades door herinnering en herbeleving van belastende gebeurtenissen eenmaal zijn weggenomen, dan kreeg de stem van het geweten als vanouds alle ruimte, en dacht en handelde patiënt en dader (weer) overeenkomstig.

Dat principe gold zelfs de psychopaat, of wat meer was: ook hij beschikte ten tijde van het delict over een intact geweten, met andere woorden, wist ten tijde van het delict dat wat hij deed verkeerd was, maar deed het desondanks, en gold als extreem wilswak. In sommige gevallen putten deze patiënten - psychopaten - zelfs genoeg uit het feit dat wat ze deden verkeerd en strafbaar was.¹²

4. Populatie en maatregel

De grootste groep patiënten met een strafrechtelijke maatregel, die van de terbeschikkinggestelden, kenmerkt zich doorgaans niet door acute verwarring en andere psychoti-

⁹ Een illustratie van de premisse dat de mens ‘in wezen goed is’, en het bijbehorende, in deze tijd gedateerd aandoende behandeloptimisme, vindt men in *Bomen spreken* van J.R.M. Maas (in de jaren zeventig van de vorige eeuw geneesheer-directeur van de W.P.J. Pompekliniek).

¹⁰ Gevolg van de invloedrijke publicaties van Cesare Lombroso (1835-1909), Italiaans medicus en antropoloog, die op grond van zijn onderzoek naar lichamelijke en psychische, ‘aangeboren’ eigenschappen criminelen als een apart soort, primitieve mens beschouwde.

¹¹ De S. van Mesdag kliniek te Groningen beschikte tot in de jaren negentig van de vorige eeuw over een psychoanalytische afdeling.

¹² Berrios, 1996.

sche kenmerken,¹³ maar door een gestoorde agressiehuishouding en andere delictgerelateerde persoons- en gedragskenmerken. Ze lijden aan een lage frustratietolerantie, een gebrekkige impulscontrole of woedebeheersing, een matige intelligentie, en/of aan criminele passies of perversieën.¹⁴ Het DSM-classificatiesysteem verdisconteert weliswaar forensisch-psychiatrisch relevante factoren, zoals gebrek aan impulscontrole, verslaving of een gebrekkige intelligentie, maar negeert andere, delictbepalende persoonsvariabelen en omgevingsfactoren, zoals gebrek aan empathie- en schuldbesef, een gebrekkig leervermogen of een geringe pedagogische beïnvloedbaarheid. Een classificatie blijft in gebreke waar het gaat om de verbandlegging tussen de geconstateerde stoornis en het gestoorde, agressief-criminele gedrag, dat, zoals mag blijken uit de gegeven vignetten, er niet zonder meer een artefact van is. de classificatie ‘schizofrenie, paranoïde type’ is niet zonder meer relevant voor de behandeling in het kader van een maatregel, omdat er meer aan de hand moet zijn eer deze stoornis tot agressie leidt. Dat ‘meer’ ligt mijns inziens niet binnen het domein van de stoornis, al beïnvloedt deze het betreffende gedrag, maar binnen dat van het al dan niet beperkte vermogen tot moreel verantwoord denken en doen.

De psychiatrische stoornis mag doorklinken in het gedrag in het algemeen en het delict in het bijzonder, die stoornis op zichzelf bepaalt niet dat de patiënt in kwestie in strijd met de wet handelde, laat staan waarom hij tot dat specifieke delict kwam. Aan gestoorde agressiviteit of een gestoord delict ligt een veelvoud aan persoonlijkheids- en omgevingsfactoren ten grondslag, een veelvoud dat zich, zie ik het juist, (goed)deels onttrekt aan het gangbare psychiatrische onderzoek.

Om te beginnen in de voorfase van het strafproces, in de psychiatrische en psychologische onderzoeken pro Justitia, die uitmonden in een diagnose van de verdachte en een uitspraak over de toerekeningsvatbaarheid en, indien relevant, over de eventuele noodzaak van een maatregel. Het onderzoek en advies pro Justitia suggereren een causaal verband tussen ziektebeeld, de mate van toerekeningsvatbaarheid en de behandeling die de justitiabele idealiter ondergaat.¹⁵ Zo’n verband is niet gegeven, een feit dat klemmt, te meer daar de rapportages immers pretenderen inzichtelijk te maken waarom de verdachte op grond van die stoornis of dat toestandsbeeld zijn wandaad beging,¹⁶ in welke mate hij ervoor verantwoordelijk kon en kan worden gehouden, en wat te ondernemen om de recidivekans te beperken. Hetzelfde geldt voor de diagnostiek en de behandeling indien de maatregel is opgelegd: er is een stoornis, er is een behandeling, maar er is geen evidentie dat behandeling van de stoornis de recidivekans beperkt. Wat in de toerekeningsvatbaarheidsbepaling te bepalen en wat in het kader van een maatregel te behandelen als die persoonsvariabelen en die omgevingsfactoren die tot het delict hebben geleid en dat wellicht weer zullen doen, niet of onvoldoende in het diagnostisch onderzoek naar voren komen en niet worden geëxpliciteerd? Een verankerde theorie over het ontstaan van agressief-crimineel gedrag ontbreekt; dat maakt het voor gedragsdeskundigen pro Justitia moeilijk, zo niet onmogelijk, om delict en gevonden stoornis als een logisch geheel aan de leek (rechter) te presenteren. Hun uitspraken en adviezen laten zich niet tot nauwelijks wetenschappelijk onderbouwen, dit in tegenstelling tot - om een voorbeeld uit de TBS-sector te geven - uitspraken in een zogeheten ‘risicotaxatie’. Bedoelde taxaties, die in het verzeke-

¹³ In 1978 werd 3% van de TBS-populatie als psychotisch gediagnosticeerd, in 2000 was dat 30%, bron: Van Vliet, 2006.

¹⁴ De zogeheten monomanieën, zie bronverwijzing voetnoot 12.

¹⁵ Koenraadt, 2004.

¹⁶ Zie voor de kritiek op de ontbrekende verbandlegging onder anderen: Heerma van Voss, 1993 en Van Koppen, 2004.

ringswezen reeds lange tijd gemeengoed waren, zij het voor een andere doelgroep, worden door onderzoek aanhoudend verkend en gevalideerd.

Behalve de definitiekwestie (wat beoordelen we wel en wat niet als gestoord agressief?), bemoeilijkt het complexe samenspel van interne en externe factoren de theorievorming over de genese van gestoorde agressiviteit, meer in het bijzonder over de relatie tussen stoornis en agressie. Specifiek gedrag, een bepaald delict, laat zich niet of nauwelijks verklaren, niet achteraf en niet vooraf, terwijl verklaren en voorspellen van delicten juist de hoofdopdracht in de forensische psychiatrie is.

De genoemde risicotaxaties en zogeheten delictscenario-analyses, die TBS-patiënten en hun behandelaren opstellen om de aanloop tot een delict fase voor fase, stap voor stap, in kaart te brengen, leveren intussen een schat aan gegevens op. de mogelijkheid van onderzoek met behulp van deze gegevens, die zowel persoonsvariabelen als omgevingsfactoren behelzen, met alle relevantie vanden voor het ‘ontstaan’ van gedrag in het algemeen en een delict in het bijzonder, wordt mijns inziens nog onvoldoende onderkend. Toepassing van die gegevens en verdieping van de socio-, psycho- of biogenese van crimineel gedrag zou de diagnostiek, de toerekeningsvatbaarheidsbepaling en de behandeling pro Justitia ten goede komen en zo mogelijk grondig wijzigen.

5. Behandeling in een justitieel kader

Intensieve psychotherapie is een onderneming van een (te) lange adem en ter voorkoming van recidive te weinig specifiek gebleken om zich in het TBS-veld zonder meer te handhaven. Bezien we de hedendaagse TBS-praktijk, dan is het aangrijpingspunt ervan verschoven van de beleving en zelfs wensen van de patiënt naar de door politiek en samenleving geëiste veiligheidsgarantie en gedragsverandering bij diezelfde patiënt. Sloot psychotherapie aan bij het rechtsfilosofische model van ‘het aangeboren geweten’ en verwachtte men een min of meer spontaan herstel van de gewetensfunctie, in de TBS-trainingen en -modules leert men patiënten klip en klaar welk gedrag gewenst is en welk niet en brengt men de kennis en vaardigheden die in het beste geval tot dat gewenste gedrag leiden als het ware ‘van buitenaf’ aan. de hedendaagse TBS-behandeling kent een breed scala aan gedragsmatige en cognitieve interventies: sociale vaardigheidstraining, verslavingsmodules, cognitief-emotieve training, empathietraining, arbeidstraining, werkbegeleidingstrajecten, enzovoorts. Patiënten leren er diverse sociale vaardigheden: contact maken, woede uiten, mensen vermijden of vriendschappen maken, én discipline: om voor zichzelf en de omgeving zorg te dragen, om voor een inkomen te werken, om hun kinderen te helpen opvoeden, enzovoort. de trainingen en modules staan voor een soort inleiding in de regels en verantwoordelijkheden, nodig voor een zelfstandig, niet-crimineel bestaan. Men zou het ook een inleiding en oefening in gewetensvorming kunnen noemen, waarbij het geweten niet een abstract ethisch goed is, maar een kompas om te weten hoe te handelen, ook in spannings- of verleidingsvolle situaties. TBS-patiënten lijken heden ten dage meer een scholingsprogramma te doorlopen, dan dat hun persoonlijkheid binnenstebuiten wordt gekeerd.

Voor acute stoornissen in een justitieel kader geldt dat medicatiegebruik recidive niet uitsluit, dat meer nodig is dan enkel de behandeling van de psychose, wil de maatregel recidivebeperkend werken. Hetzelfde geldt voor justitiabelen met een persoonlijkheidsstoornis, die zich in de kern, op een enkele na,¹⁷ nauwelijks of niet laat beïnvloeden. Zie ik het juist, dan neemt de huidige TBS-behandeling niet iets weg bij patiënten (kwade invloe-

¹⁷ Van den Bosch, 2003.

den, trauma's, stoornissen), maar probeert de behandeling aldaar iets toe te voegen aan hun dagelijkse repertoire van omgangsvormen en informatieverwerking en, met name, aan affectbeheersing. de behandeling spitst zich niet langer toe op het geclassificeerde ziektebeeld in engere zin, maar op die emotionele en sociale tekorten die tot gestoord, strafbaar gedrag hebben geleid en dat opnieuw zouden kunnen doen. Behandelprogramma's in de TBS vullen die tekorten op en aan met specifieke, op uitbreiding van het vermogen tot sociaal aanvaardbaar handelen gerichte interventies.

Ik noem vier in de TBS in onderzoek zijnde behandelmodellen en hun interventies, die uitgaan van een geëxpliciteerde premisse over het ontstaan van gestoorde agressie en/of criminaliteit. Noch model, noch interventie baseert zich op een specifieke psychiatrische stoornis, maar gaat uit van een algemeen disfunctioneren in het morele domein:

- 1) het (ortho)pedagogische model,
- 2) het sociaal-psychologische model,
- 3) het cognitieve of gedragstherapeutische model,
- 4) het neurobiologische model.

Ad 1) Premisse: de gestoorde agressiehuishouding met eventueel strafrechtelijke gevolgen ontstaat op grond van morele scheefgroei. Het morele denken en handelen van de justitiabele, dat zich fasegewijze ontwikkelt, kenmerkt zich door stagnatie in een bepaalde fase. de interventie sluit aan op de ontwikkelingspsychologische fase waarin de justitiabele is blijven steken en brengt idealiter door middel van gerichte, opvoedkundige aandacht en beloning de morele ontwikkeling naar de volgende fase (alsnog) op gang.¹⁸

Ad 2) Premisse: de gestoorde agressiehuishouding met strafrechtelijke gevolgen laat zich terugvoeren op gebrek aan sociale vaardigheden, zelfregulatie en moreel inzicht. Onderricht, praktijkoefeningen, rollenspelen en huiswerk leren justitiabelen om emoties adequaat en op aanvaardbare wijze te uiten en stimuleren sociaal gedrag.¹⁹

Ad 3) Premisse: de gestoorde agressiehuishouding met eventueel strafrechtelijke gevolgen vloeit voort uit een vertekende waarneming, vertekenende cognities en een inadequaat interne besluitvorming met negatieve gevoelens (woede) en handelingen (agressie) als gevolg. Door middel van bewustwording van het vertekenende denkpatroon en de bijbehorende, heftige emoties, van zogeheten 'cognitieve schema's', worden waarneming en cognities herijkt en het delictbepalende denken, voelen en handelen geherstructureerd.²⁰

Ad 4) Premisse: de gestoorde agressiehuishouding met strafrechtelijke gevolgen hangt samen met een verstoorde informatiestroom vanuit de lagere naar de evolutionair hogere hersengebieden. Dopamine- en serotonine-aanmaak versterkt, respectievelijk onderdrukt informatiestromen. de behandeling bestaat uit gerichte beïnvloeding en regulatie van de neurotransmitterhuishouding.²¹

Hoewel de vier modellen berusten op een eigenstandige theorie, weerspreekt het ene model het andere niet, maar verschilt in het niveau waarop de interventie zich afspeelt. de focus van interventie ligt op het algemene intermenselijk verkeer ('heropvoeding'), op de

¹⁸ Brand, 2006.

¹⁹ Hornsveld, 2007.

²⁰ Young, 1999.

²¹ Brouwers, 2007.

vaardigheden, nodig in het sociale verkeer, op de waarneming en interpretatie van eigen en andermans emoties ('gedragstherapie') of op het hersenapparaat ('farmacotherapie'). Blijft succes op het ene niveau uit, dan brengt mogelijk een volgende interventie uitkomst, dat wil zeggen, al naar gelang het anti-sociale denken en het delictgedrag hardnekkiger aanhoudt, verschuift de aard van de interventie van pedagogiek naar training, van training naar individu, en van individu naar hersenfunctie, *onafhankelijk van het onderliggende psychiatrische ziektebeeld*. Gestoorde agressie en/of criminaliteit is niet langer het rechtstreekse gevolg van een stoornis, maar het gevolg van een complexe, verstoorde wisselwerking tussen persoonlijkheidsvariabelen en omgevingsfactoren; het onderzoek en het niveau van interventie spitsen zich dan, *indien nodig*, al meer toe op de individuele, gedragsbepalende persoonsvariabelen van de justitiabele.

6. Binnen nu en tien jaar

De wetgever gaat bij oplegging van een maatregel uit van een oorzakelijk verband tussen stoornis en delict.²² Dit verband is, zoals opgemerkt, discutabel en niet wetenschappelijk verankerd. Wie het zo wil zien, zou kunnen opmerken dat de wetgever de beperkte betekenis van een 'ziekelijke stoornis' in een justitieel kader verdisconteerde in art. 39 Sr, en wel door naast 'een ziekelijke stoornis' ook 'een gebrekkige ontwikkeling der geestvermogens' als schulduitsluitingsgrond te noemen. Deze tweede uitsluitingsgrond biedt mogelijk een alternatief om de beperkte pro Justitia-betekenis van de stoornis te omzeilen. Hoewel de wetgever met 'een gebrekkige ontwikkeling der geestvermogens' het intellectuele vermogen bedoelde, laat een ander bereik ervan zich niet bij voorbaat uitsluiten: dat van de morele ontwikkeling.

Naar ik verwacht zal de nabije toekomst de pro Justitia betekenis van het psychiatrische ziektebeeld in engere zin relativeren en zullen de hierboven genoemde modellen en interventies de tenuitvoerlegging van met name de TBS-maatregel ingrijpend veranderen. Om enkele verwachte veranderingen in die sector in een tijdsbestek van een jaar of tien aan te geven, dit met een oplopend speculatief karakter:

- ♦ Een psychiatrisch ziektebeeld, zoals een persoonlijkheidsstoornis of een psychose, wordt in een juridisch kader slechts dan benoemd en in het kader van een maatregel in een forensisch psychiatrische afdeling of kliniek slechts dan behandeld, indien dit aantoonbaar verband houdt met gestoorde agressie in het algemeen en het indexdelict in het bijzonder.
- ♦ Willekeurige factoren, die waarop het bewustzijn vat heeft en die zich lenen voor een bewust handelen, zullen worden onderscheiden van die die onwillekeurig op ons gedrag van invloed zijn, met andere woorden, welke factoren bewust door de wil (kunnen) worden bepaald of beïnvloed en welke niet. Het aangebrachte onderscheid zal de toerekeningsvatbaarheidsbepaling nader wetenschappelijk onderbouwen en verankeren.
- ♦ De gegeven mate van toerekeningsvatbaarheid impliceert en expliciteert die factoren die gericht beïnvloed- en behandelbaar zijn. de individuele weging van de gegeven interne en externe (risico)factoren zal het belang van de psychiatrische diagnostiek in engere zin ondergraven en in de behandeling waar nodig overstijgen met niet stoornis-afhankelijke, het vermogen tot verantwoord denken en handelen stimulerende interventies.

²² Kelk, 1998.

- De diagnostiek en risicoweging pro Justitia zal zich richten op het onderscheid tussen psychiatrische ziektebeelden in het algemeen en dat van de psychopathie in engere zin. Een psychiatrisch ziektebeeld impliceert niet hoe dan ook een gestoorde gewetensfunctie en agressief, risicovol gedrag van patiënten met dat ziektebeeld.²³ de juridische maatregel, en de TBS in het bijzonder, verdeelt in de toekomst justitiabelen idealiter in twee segmenten, dat van terbeschikkinggestelden die beïnvloedbaar zijn in hun morele denken en doen, en dat van terbeschikkinggestelden met een blijvend gestoorde, onbehandelbare gewetensfunctie, dat van de zogeheten psychopaten.
- Gedragmatige interventies pro Justitia beogen hun effect op korte termijn. Interventie en beoogd effect lenen zich – daarom – nu voor effectmeting in de vorm van recidive-studies op de relatief korte termijn.²⁴ de interventies en het beoogde effect liggen idealiter dicht opeen en verfijnen idealiter met terugwerkende kracht het inzicht in die variabelen en factoren en hun wisselwerking die tot bepaald gedrag en een bepaald delict leiden en die dan gerichte interventies om recidive te voorkomen mogelijk maken en wetenschappelijk verantwoorden.
- De brede kijk op de diagnostiek en behandeling pro Justitia leidt ertoe dat gestoord, agressief gedrag niet zozeer wordt gerelateerd aan een ‘ziekelijke stoornis’, alswel aan een ‘gebrekkige ontwikkeling der geestvermogens’, voorop gesteld dat de betekenis van deze tweede schulditsluitingsgrond, die nu in het intellectuele bereik ligt, zich oprekt tot *een gebrekkige ontwikkeling in het morele bereik*.
- Mogelijk hoort een gestagneerde, onbehandelbaar gebleken, morele ontwikkeling bij één bepaald psychiatrisch ziektebeeld, dat van de psychopathie. de diagnostiek in de sector met de zwaarste maatregel, die van de TBS, richt zich op het vaststellen en, indien mogelijk, op het behandelen van dat ene ziektebeeld, dat van de psychopaat.
- De neurobiologie zal zich met name in het domein van de psychopathie manifesteren. Bedoeld gedrag met een lacunaire gewetensfunctie als kenmerk laat zich door middel van interventies volgens het (ortho)pedagogische, sociaal-psychologische en gedrags-therapeutische model nauwelijks of niet beïnvloeden. de uitdaging ligt er: waarom schaden mensen met dat ziektebeeld en die gebrekkige ontwikkeling, soms tegen beter weten in, anderen, zonder dat er op de langere termijn sprake is van veel profijt van hun (mis)daden? Maar ook psychopaten zijn er in vormen en maten, en ook hier geldt dat niet alle psychopaten met Justitie in aanraking komen. Neemt de neurobiologie de handschoen op, dan dient niet zozeer het ziektebeeld sec object van het neurobiologische onderzoek pro Justitia te zijn, alswel die vormen ervan die tot justitiële bemoeienis leiden of hebben geleid.

Personalia

Dr E.J.P. Brand (1955), psycholoog, is hoofd behandeling in de Oostvaarders(TBS)kliniek, locatie Amsterdam, en behandelaar in Psychiatrisch Ziekenhuis Dijk en Duin, Castricum. Hij promoveerde op Het persoonlijkheidsonderzoek in het strafrecht; een aanzet tot de gedragswetenschappelijke verantwoording van de psychologische rapportage pro Justitia, meer in het bijzonder de toerekeningsvatbaarheidsbepaling (Deventer: Gouda Quint/Kluwer, 2001).

²³ Een bijkomend nadeel is dat de huidige diagnostiek vooroordelen over de combinatie van psychiatrische ziektebeelden en strafrechtelijke feiten, zie de media, onterecht lijkt te bevestigen.

²⁴ Wartna, 2006.

Aangehaalde literatuur

Berrios 1996

G.E. Berrios, *The History of Mental Symptoms*, Cambridge: Cambridge University Press, 1996, p. 143, 425-6 & p. 417-443.

Brand 2000

E.J.P. Brand, de Forensisch-Psychiatrische Dienst en de zorg voor de gestoorde justitiabele in historisch perspectief, in T.I. Oei & M.S. Groenhuijsen (red.), *Forensische Psychiatrie anno 2000*, Deventer: Gouda Quint, 2000, p. 341-353.

Brand 2001

E.J.P. Brand, *Het persoonlijkheidsonderzoek in het strafrecht; een aanzet tot de gedragswetenschappelijke verantwoording van de psychologische rapportage Pro Justitia, meer in het bijzonder de toerekeningsvatbaarheidsbepaling*, Deventer: Gouda Quint/Kluwer, 2001, p. 27-43.

Brand 2006

E.J.P. Brand, Gewetensfunctie-onderzoek als gedragswetenschappelijk uitgangspunt in de advisering en ten uitvoerlegging van sanctie en maatregel, in: T.I. Oei & M.S. Groenhuijsen (red.), *Capita Selecta van de Forensische Psychiatrie anno 2006*, Deventer: Kluwer, 2006, p. 341-355.

Brouwers 2007

R. Brouwers, Impulsief Gewelddadig Gedrag, *Proefschrift UvT*, 2007, p. 10.

De Kom, Van Mulbregt & Oudejans 2002

A.A.R. de Kom, J.M.L. van Mulbregt & J.M. Oudejans, Richtlijn advisering Pro Justitia, Pieter Baan Centrum, *interne publicatie*, maart 2002, p. 7.

Franke 1991

H. Franke, Psychiatrie en het gevangenisstelsel van eenzame opsluiting, in: F. Koenraadt (red.) *Ziek of schuldig*, Arnhem: Gouda Quint/Rodopi, 1991, p. 203-221.

Heerma van Voss 1993

A.J. Heerma van Voss, de *haas en de jager*, psychische stukken, Meulenhoff, 1993, p. 188.

Hildebrand 1998

M. Hildebrand en C. de Ruiter, Ontwikkelingen in het onderzoek naar psychopathie; psychodiagnostisch gereedschap, *de psycholoog*, 1998-7/8, p. 314-320.

Hornsveld 2007

R.H.J. Hornsveld, waaronder: Assessment and treatment of violent forensic psychiatric patients with a conduct or an antisocial personality disorder in the Netherlands, *proefschrift Radboud Universiteit Nijmegen*, 2007.

Kelk 1998

C. Kelk, *Materieel strafrecht*, Deventer: Gouda Quint, 1998, p. 241-257.

Koenraadt 2004

F. Koenraadt, *Forensische psychologie*, Arnhem: Kluwer/Gouda Quint, 1994, p. 87; zie ter nuancering: C.M. van Deutekom en F. Koenraadt, Het psychologisch onderzoek, in:

F. Koenraadt, A.W.M. Mooij en J.M.L. van Mulbregt (red.), *de persoon van de verdachte*, Deventer: Kluwer, 2004, 3de druk, p. 79.

Maas 1974

J.R.M. Maas, *Bomen spreken*, Amsterdam: Contact, 1974, 6de druk.

Tuinier 2003

S. Tuinier, W.M.A. Verhoeven en H.M. van Praag, Agressief gedrag: van narratief naar neurowetenschap, in T.I. Oei & M.S. Groenhuijsen (red.), *Actuele ontwikkelingen in de forensische psychiatrie*, Deventer: Kluwer, 2003, p. 595-639.

Van den Bosch 2003

L.M.C. van den Bosch, Pretherapie aan TBS-gestelden met een persoonlijkheidsstoornis via het Linehanmodel, in: T.I. Oei & M.S. Groenhuijsen (red.), *Actuele ontwikkelingen in de forensische psychiatrie*, Deventer: Kluwer, 2003, p. 441-459.

Van Koppen 2004

P.J. van Koppen, Weg van de toerekeningsvatbaarheid; over rapportages over de verdachte, *Trema*, april special 2004, p. 221-228.

Van Vliet 2006

J.A. van Vliet, de TBS in zijn maatschappelijke context, *proefschrift UvT*, 2006, p. 21.

Vernon e.a. 1998/2005

L. Vernon, Quincey, T. Grant, T. Harris, Marnie E. Rice & Catherine Cornier, Violent Offenders, appraising and managing risk, *American Psychological Association*, 1998/2005, p. 85-113.

Wartna, el Harbachi & Essers 2006

B.S.L. Wartna, S. el Harbachi & A.A.M. Essers, Strafrechtelijke recidive van ex-terbeschikkinggestelden, *WODC-recidivestudies, Fact sheet 2006-8*.

Behandelbaarheid: een nieuwe voorwaarde voor het opleggen van de maatregel terbeschikkingstelling?

S.J.C.M. Torremans

Voorwoord

Het vraagteken aan het einde van de titel van deze bijdrage staat er niet voor niets: de vraag impliceert twijfel. De voor terbeschikkingstelling relevante wetsartikelen lijken snel het antwoord op de vraag te geven: de mate van behandelbaarheid van de verdachte is geen voorwaarde voor het opleggen van de maatregel terbeschikkingstelling. Nadere bestudering van de materie leert dat de behandelbaarheid van de delinquent wel degelijk een rol speelt bij de besluitvorming. Uit de jurisprudentie blijkt dat er steeds meer vragen en overwegingen aan de orde komen die betrekking hebben op het vraagstuk van behandelbaarheid, zoals: werkt de verdachte wel of niet mee aan het Pro Justitia-onderzoek, het accepteren van het feit dat sommige cliënten onverbeterlijk zijn, het beperkte aantal tbs-plaatsen inzetten voor delinquenten met een gunstige prognose, de moeilijkheid van behandeling bij ontkennende verdachten en de vrees voor aangepast schijngedrag als gevolg van de behandeling. De longstay als eindstation vormt het trieste bewijs van de rol van (on-)behandelbaarheid. Naast de jurisprudentie speelt de behandelbaarheid een rol in de regelgeving, de politiek, de samenleving, de media en de wetenschap. Na het behandelingsoptimisme van de Utrechtse School en de idee van de maakbaarheid van de mens in de beginperiode van de maatregel, wordt vooral de laatste decennia kritisch gekeken naar de effectiviteit. Wat mij in dit kader in het bijzonder aan het denken heeft gezet, is de opvatting van Van Marle. In het verleden onder meer geneesheer-directeur geweest van de Van Mesdagkliniek, waar men dacht de persoonlijkheidsstructuur van iemand te kunnen veranderen, is hij nu overtuigd dat een grote groep terbeschikkinggestelden onbehandelbaar is. Die omslag in het denken vind ik opmerkelijk. Ondertussen groeit het aantal plaatsen op longstay-afdelingen en de vraag naar de behandelbaarheid van de delinquent wordt hardop zowel in als buiten de gerechten gesteld. De relatie tussen behandelbaarheid en terbeschikkingstelling staat centraal in deze bijdrage, die een bewerking is van mijn afstudeerscriptie met dezelfde titel.¹

1. Inleiding

De maatregel terbeschikkingstelling is altijd onderwerp van gesprek geweest. Vanaf de invoering ervan in 1928 maar zelfs al ver daarvoor, want de maatregel kent een lange ontstaansgeschiedenis. Terbeschikkingstelling spreekt tot de verbeelding vanwege het bijzondere karakter (alleen in Nederland op deze wijze toegepast), de lange soms levenslange duur (advocaat Anker spreekt van verborgen levenslangen), de kinderziekten waarbij uitspraken als ‘de hel van Groningen’² voor de Van Mesdagkliniek en ‘TBR overgeleverd aan een goedbedoeld experiment’³ boekdelen spreken, het stigma (reden waarom ik er uiteindelijk voor gekozen heb om terbeschikkingstelling af te korten tot tbs in plaats

¹ Torremans 2007.

² TV 2004.

³ Telegraaf 1966.

van TBS met grote letters), de recidive tijdens verlof of na de tbs, de capaciteitsproblemen, de hoge kosten, de enigszins vreemde combinatie gevangenisstraf en tbs, het meermalen opleggen van tbs, de stammenstrijd tussen de Ministeries van Justitie en VWS, het ontbreken van de wettelijke grondslag voor longstay, het weinige gestructureerde onderzoek naar de effecten van behandeling⁴ en tot slot de ingewikkelde verhouding jurist en gedragsdeskundige inzake tbs. Kortom: het is zoals op de website van de Mesdagkliniek te lezen valt, inderdaad ‘een maatschappelijk en politiek gevoelig onderwerp’.⁵ de discussie over tbs laait telkens op, voornamelijk als een reactie op incidenten.

Tbs is een strafrechtelijke sanctie die dient om de maatschappij te beveiligen. In een tijd waarin zowel vanuit de samenleving als vanuit de politiek geroepen wordt om meer bevoegdheden voor politie en justitie en aan deze vraag door de wetgever ruim wordt voldaan, is het belangrijk dat de weegschaal niet doorslaat en dat het besluit tot het opleggen van tbs een zuiver oordeel is. Hangt het gebruik van het argument van de behandelbaarheid samen met de roep om harder of strenger te straffen? Omdat de keten van in-, door- en uitstroom van tbs-gestelden blijft stagneren? Omdat gevangenisstraf als een passender reactie gezien wordt op het ernstige delict in plaats van de dure tbs waarvan niet vaststaat of die effectief is? Kortom: vormt de mate van behandelbaarheid een – nieuwe, ongeschreven – voorwaarde voor het opleggen van terbeschikkingstelling? Of speelt de behandelbaarheid al langer een rol en is het een reeds bestaande en dus impliciete voorwaarde? En sterker nog: gezien de grondslag en het doel van de sanctie terbeschikkingstelling, behoort het eigenlijk niet een absolute voorwaarde te zijn voor het opleggen ervan? de centrale vraag wordt afgezet tegen het feit dat tbs nadrukkelijk geen straf is maar een maatregel. Wat is het onderscheid tussen straf en maatregel en hoe verhoudt zich dit onderscheid ten opzichte van de maatregel tbs? Een maatregel die, indien het gevaar voor recidive blijft voortbestaan, levenslange vrijheidsbeneming kan betekenen en aldus het ultieme karakter heeft van straf.

2. De wettelijke voorwaarden voor terbeschikkingstelling

De basis van de maatregel tbs is gelegen in art. 39 Sr: ‘Niet strafbaar is hij die een feit begaat, dat hem wegens de gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van zijn geestvermogens niet kan worden toegerekend’. Deze schulditsluitingsgrond met een ogenschijnlijk eenvoudige en logische argumentatie, blijkt bij nader inzien veel bediscussieerde en moeilijk te definiëren elementen te bevatten. Voor nu volstaat het om op te merken dat bij volledige ontoerekenbaarheid de dader niet strafbaar wordt geacht en hem geen straf kan worden opgelegd. In dat geval kan echter wel de maatregel tbs volgen. Indien de rechter oordeelt dat er ten dele sprake is van toerekenbaarheid, dan kan een combinatie van straf en tbs worden opgelegd. Bij de veroordeling van een geweldsdelict is de maximale duur van tbs met dwangverpleging onbeperkt, in andere gevallen is de duur beperkt tot vier jaar.

In art. 37a Sr zijn de eisen voor het opleggen van tbs neergelegd. de verdachte kan op last van de rechter ter beschikking worden gesteld indien hij een strafbaar feit heeft gepleegd waarop een gevangenisstraf van minimaal vier jaar staat, of na een specifiek in het wetartikel benoemd delict (art. 37a lid 1 sub 1 Sr). Het moet gaan, aldus lid 1, om een verdachte bij wie tijdens het begaan van het strafbare feit een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens bestond. Wat onder deze twee begrippen moet

⁴ De Ruiter 2000, p. 15.

⁵ Bron: www.mesdagkliniek.nl

worden verstaan, wordt in de wet niet verduidelijkt. Er moet sprake zijn van een psychische afwijking, een gemoedsbeweging of gewone ziektes vallen hier niet onder. In de MvA bij de Wet-herziening TBR⁶ wordt verwezen naar de MvA bij het wetsontwerp-Bopz; ‘van “ziekelijke stoornis” is sprake als de geestvermogens na een kortere of langere periode van ontwikkeling tijdelijk of blijvend gestoord raken.’⁷ Een gebrekkige ontwikkeling ‘duidt op de uit een aanlegstoornis of beschadiging van de hersenen voortvloeiende diepere vorm van zwakzinnigheid’. de Wet Bopz stelt echter zwaardere eisen aan de stoornis, dus mag deze omschrijving niet volledig worden overgenomen. Volgens de Hullu wordt tegenwoordig aangenomen dat geen enkele psychische afwijking is uitgesloten: van belang is dat wilsvrijheid sterk door de stoornis moet zijn aangetast.⁸

En hier komen we bij een belangrijke vraag: welk verband er dient te bestaan tussen de stoornis en het delict? de wet biedt hierover geen duidelijkheid, er wordt slechts gesproken over een stoornis ten tijde van het delict. de centrale vraag is of er een causaal verband moet zijn. de meningen hierover zijn verdeeld. Nieboer vindt het vanzelfsprekend dat het gaat om een causaal verband, dat is inherent aan het schuldstrafrecht.⁹ Want als de stoornis geen relatie heeft met het gepleegde feit, dan kan die stoornis geen invloed hebben op de schuld. En bovendien: wat zou de maatregel terbeschikkingstelling voor zin hebben zonder causaal verband? Volgens Nieboer is de expliciete vermelding van het verband in het wetsartikel alleen geschrapt vanwege de te verwachten bewijsproblemen. Ik ben het met Nieboer eens dat het verband meer moet zijn dan een temporele eis. Een gelijktijdigheidsverband zegt weinig of niets. Zie een van de standaardvoorbeelden over het begrip correlatie: het vermeende verband tussen ijsverkoop en het aantal drenkelingen bij mooi weer. Bij tbs moet er sprake zijn van een zekere mate van beïnvloeding van de stoornis op het denken en het uiteindelijke handelen van de dader. Er moet een causaal verband zijn, anders valt de grond onder de schuldvraag, de toerekenbaarheid, kortom onder het hele tbs-stelsel weg. Volgens Van Koppen moeten psychiaters zich niet lenen om over toerekenbaarheid te adviseren: ‘Er wordt een causaal verband gelegd tussen gekte en misdrijf en dat is vermenging van disciplines. Toerekeningsvatbaarheid is een juridische term die in de psychologie en psychiatrie helemaal niet bestaat. Je kunt alleen zeggen of iemand gestoord is of niet. Maar niet of dat op het moment van de daad ook zo was’.¹⁰ In het onderzoek van de gedragsdeskundigen wordt teruggegaan naar de tijd van het delict, ondersteund met verklaringen van getuigen en van de verdachte zelf, het strafdossier en het milieuonderzoek. Twee kritische kanttekeningen hierbij: ten eerste is teruggaan naar het delictmoment wat al maanden of langer geleden is, lastig, volgens sommigen zelfs niet mogelijk. Een wrang voorbeeld hiervan is de zaak die bekend staat als de pensionmoord Anjum. Mackor en Brand wijden aan de hand van deze zaak aandacht aan de oordeelsvorming bij het opleggen en verlengen van tbs.¹¹ Door het PBC wordt de verdachte als psychotisch bestempeld. Later, we praten hier over een tijdsbestek van zes jaar, zijn nooit meer psychotische verschijnselen gesignaleerd. de vraag is dan ook in hoeverre het zware verhoor, 54 verhoren gedurende 45 dagen, waaraan de verdachte is blootgesteld, de diagnose heeft beïnvloed. Was de verdachte ten tijde van het

⁶ TK 1980-1981, 11 932, nr. 5, p. 31.

⁷ TK 1979-1980, 11 270, nr. 12, p. 13.

⁸ De Hullu 2003, p. 329.

⁹ Nieboer 1970.

¹⁰ De Groene Amsterdammer van 5 april 2003.

¹¹ Mackor 2004.

delict wel psychotisch? Mackor en Brand vragen zich af in hoeverre de geestesgesteldheid met terugwerkende kracht kan worden vastgesteld. Een tweede kritische kanttekening: in hoeverre kan een objectief oordeel worden gevormd over de invloed van een mogelijke stoornis op het handelen van de verdachte, terwijl nog niet eens bewezen is dat hij het strafbare feit heeft gepleegd en bovendien het 'gepleegde' delict onderdeel is van het onderzoek? Nieboer spreekt in dit verband over de 'verborgen invloed'.¹² Zeker wanneer het bewijs in een zaak zwak is, kan de inhoud van de rapportage een beslissende invloed uitoefenen op de bewezenverklaring. Roos¹³ geeft aan dat de inhoud van het rapport niet gebruikt zal worden als een bewijsmiddel, maar dat het wel een rol kan spelen in de overtuiging van de rechter dat de verdachte het ten laste gelegde feit heeft begaan.¹⁴ Hij verwijst hierbij naar Beukers die spreekt over de valkuil van de cirkelredenering: het ten laste gelegde feit bepaalt mede de diagnose, waarna de rechter uit de diagnose de overtuiging put dat de verdachte het strafbare feit heeft begaan. Ook hiervan een bekend recent voorbeeld: de Schiedammer parkmoord.¹⁵ In deze zaak zijn de deskundigen van het PBC van mening dat de verdachte Cees B. een gemengde persoonlijkheidsstoornis heeft en verminderd toerekeningsvatbaar moet worden verklaard. Omdat de kans op herhaling groot wordt geschat, luidt het advies tbs. Jaren later blijkt deze veroordeelde onschuldig te zijn. Bij de verdachte Wik H. die voor deze misdrijven wordt veroordeeld, constateert het PBC een borderline persoonlijkheidsstoornis met afhankelijke, ontwijkende, narcistische en antisociale kenmerken. Ook hier wordt het advies gegeven om de verdachte verminderd toerekeningsvatbaar te verklaren en tbs op te leggen. Dat ik hier met twee spraakmakende voorbeelden de kritische kanttekeningen illustreer, heeft alleen tot doel om het moeilijke werk van onderzoekers en het spanningsveld binnen het rechtsproces te duiden. Het is nadrukkelijk geen oordeel over de kwaliteit van de rapportage of rapporteurs. Wat dat laatste betreft blijven er in de evaluatie van de Schiedammer parkmoord weinig professionals van kritiek verschoond.

Behalve het temporele vereiste en de ernst van het strafbare feit, geldt het gevaarscriterium: de veiligheid van anderen dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen moet het opleggen van de maatregel eisen (art. 37a lid 1 sub 2). Bij de invoering van de maatregel wordt dit criterium omschreven als in het belang van de openbare orde: het belang ligt dus bij de samenleving en niet bij de verdachte zelf. de vraag is wat onder veiligheid dan wel gevaar moet worden verstaan, ook deze begrippen worden in de wet niet nader geconcretiseerd. Moet gekeken worden naar de situatie ten tijde van het delict, bepalend voor het verband stoornis – delict, de toerekening, dus het verleden? Of gaat het om het mogelijke toekomstige gevaar? Met andere woorden; is voor het opleggen van de sanctie tbs de grondslag van de sanctie bepalend, of het doel ervan? de wetgever heeft gekozen voor het laatste: het gevaar voor herhaling. Het doel van de maatregel is de beveiliging van de samenleving, te onderscheiden in beveiliging op korte en langere termijn. Op korte termijn wordt de samenleving beschermd door het opsluiten van de gedetineerde in een tbs-kliniek, op langere termijn doordat de veroordeelde, als gevolg van de behandeling, niet meer recidiveert. Door de toepassing van het gevaarscriterium onderscheidt mijns inziens de maatregel tbs zich van andere sancties, omdat mogelijke toe-

¹² Nieboer 1970, p. 139.

¹³ Roos in Oei & Groenhuijsen 2006, p. 404.

¹⁴ Art. 338 Sv, de rechterlijke overtuiging.

¹⁵ LJN: AB1823 voor Cees B. en LJN: AE0013 voor het hoger beroep, LJN: AT4777 voor de verdachte Wik H. en LJN: AU6566 voor het hoger beroep, LJN: AQ9834 en LJN: AS1872, beide HR.

komstige delicten bij het oordeel over het huidige delict worden betrokken. Het gaat om het gevaar dat de verdachte recidiveert onder invloed van zijn stoornis. Dat impliceert dat het dezelfde stoornis betreft als de stoornis die van invloed is geweest voor het delict waarvoor de verdachte terechtstaat. Naar mijn mening bevestigt het gevaarscriterium dat het verband tussen stoornis en concrete delict causaal moet zijn. Het gevaar voor recidive is belangrijk want het speelt niet alleen bij het besluit tot het opleggen van tbs: ook in het verdere traject van verlengingsbeslissingen tot aan het besluit tot plaatsing op longstay-afdeling is het gevaarscriterium de cruciale voorwaarde.

Tot slot dient er een multidisciplinair onderzoek plaats te vinden (art. 37a lid 3 jo. art. 37 lid 2 en 3 Sr). Minimaal twee gedragsdeskundigen van verschillende disciplines, waaronder ten minste een psychiater, moeten de betrokkene maximaal een jaar voor de zitting hebben onderzocht en hun bevindingen in een rapport, het Pro Justitia-rapport, hebben vastgelegd. Indien de verdachte weigert om mee te werken aan het onderzoek, dat nodig is voor het advies, kan deze voorwaarde komen te vervallen (art. 37a lid 3 jo. art. 37 lid 3 Sr). de rechter is niet aan het advies van de gedragsdeskundigen gebonden, hij behoudt discretionaire bevoegdheid. Het blijkt echter dat het behandeladvies in 90 procent van de zaken wordt overgenomen.¹⁶ de rechter vraagt niet vaak een contra-expertise aan en vertrouwt dus in het algemeen op het aan hem voorgelegde advies.

Samengevat: om tbs op te leggen moet er sprake zijn van een stoornis, ten tijde van het plegen van het strafbare feit, waardoor het feit niet kan worden toegerekend. Het delict feit moet voldoende zwaar zijn, is het gevaarscriterium van toepassing en moet, tenzij de verdachte weigert om mee te werken aan het onderzoek, advies zijn uitgebracht door twee gedragsdeskundigen. de mate van behandelbaarheid van de stoornis, van de verdachte, wordt niet als voorwaarde genoemd. Ook het wel of niet bekennen van het strafbare feit door de verdachte, de plaatsings(on)mogelijkheden en de kosten van tbs zijn dat niet. Dat al deze elementen wel een rol spelen zien we hierna.

3. Recente ontwikkelingen

De behandelbaarheid van de verdachte is een onderwerp dat aandacht krijgt in de regelgeving, de politiek, de samenleving, de media en de wetenschap. Om met de regelgeving te beginnen, sinds 1998 wordt onderscheid gemaakt in de financiële vergoeding voor de klinieken.¹⁷ de eerste zes jaar is het doorstroomtarief van toepassing, daarna wordt een korting toegepast en geldt het lagere verblijftarief. Op deze manier moeten klinieken geprikkeld worden om patiënten niet onnodig lang te behandelen. Met het verminderen van de vergoeding als ook de benaming van het vervolgtarief en sowieso de totstandkoming van de longstay sec, wordt impliciet aangegeven dat sommige tbs-ers niet te behandelen zijn.

Voor wat betreft de politiek heeft de VVD vanaf 2004 gepleit voor een hervorming van het stelsel omdat tbs niet werkt, te duur is en dat aldus de VVD, ongeveer 20 procent van de tbs-ers onverbeterlijk en chronisch delictgevaarlijk is. de partij stelt voor om na twee jaar de slagingskans van de behandeling te beoordelen en bovendien de behandeling van groepen tbs-ers waarbij maatregelen ineffectief blijken, op te schorten.¹⁸ ‘Onbehandelbaren gaan naar de longstay’ zegt minister Donner van Justitie.¹⁹ Hij houdt echter wel vast

¹⁶ Harte 2005.

¹⁷ Als resultante van IBO II.

¹⁸ VVD 2004.

¹⁹ Uitspraak gedaan op 28 mei 2005 in de Tweede Kamer.

aan de idee dat de conclusie onbehandelbaar pas aan het eind van de behandeling en niet aan het begin ervan moet worden getrokken. Dat is volgens hem medisch en humaan niet verantwoord.

Ook deskundigen op het gebied van tbs doorbreken het ethische taboe. Nederlands langst zittende tbs-er is volgens deskundigen van de Van Mesdagkliniek onbehandelbaar, zijn inmiddels 46-jarige behandeling blijkt niet effectief. Meer algemeen is het volgens Philipse, psycholoog bij de Pompestichting, maar de vraag of persoonlijkheidstoornissen behandelbaar zijn. Kenmerkend voor dit type stoornis is juist dat ze vroeg ontstaan en hardnekkig duurzaam zijn.²⁰ Een onderzoeker die veel aandacht besteedt aan behandelbaarheid is de Ruiter. In haar Amsterdamse oratie toont ze aan dat de maatregel bij zedendelinquenten nauwelijks effectief is, meer dan de helft recidiveert.²¹ de behandeling van psychopathische patiënten kan zelfs contraproductief zijn, omdat deze patiënten bedreven worden in het misleiden van anderen. Onderzoek van het WODC toont aan dat 41 procent van de populatie van tbs-klinieken blijvend toezicht nodig heeft en dus ondanks meerdere behandelingen delictgevaarlijk blijft zonder blijvende controle en toezicht.²² Van Marle stelt in mei 2005 dat 60 procent van de 1.600 tbs-ers in Nederland onbehandelbaar is of een behandeling weigert²³ de meest expliciete uitspraak over behandelbaarheid en tbs doet Nijman: 'Nu zijn de criteria voor tbs strikt genomen: een ernstig delict, en verminderde toerekeningsvatbaarheid. Daar zou als derde criterium bij kunnen komen: behandelbaarheid.'²⁴

4. Recente jurisprudentie

Bestudering van de jurisprudentie van januari 2000 tot juni 2007, maakt de rol van de behandelbaarheid in alle facetten duidelijk.²⁵ Hier volgt een overzicht van de meest opvallende uitspraken. de tbs-gestelde de V. recidiveert in 1996 tijdens een proefverlof uit de Van Mesdagkliniek en krijgt wederom tbs opgelegd. Klinieken weigeren echter om hem op te nemen omdat zij hem onbehandelbaar vinden. Dit heeft tot gevolg dat de V. onder zwaar regime in diverse gevangenissen wordt geplaatst. Tegen het advies van de deskundigen in, besluit de rechtbank dat de V. zelfstandig mag gaan wonen. Na enkele maanden gaat hij opnieuw in de fout. In 2000 wordt hij veroordeeld tot een gevangenisstraf en tbs. Vervolgens vindt een opmerkelijke schikking plaats van in totaal € 30.000 van de Nederlandse Staat met de moeder van het door de V. omgebrachte slachtoffer.²⁶ In 2003 verschillen deskundigen in een zaak van mening over het op te leggen advies; moet gezien de geconstateerde stoornis wel of niet tbs worden opgelegd aan een recidivist van zedendelicten.²⁷ de psychiater rapporteert dat behandeling door middel van psychotherapie de rationele weerstand van verdachte zal vergroten en hij als gevolg daarvan aangepast schijngedrag gaat vertonen. Daarom is een gevangenisstraf het best passend. de andere getuige-deskundige verklaart echter dat de pedofiele problematiek zo gecompliceerd is

²⁰ Bron: Tijdschrift de Psycholoog 2005, nummer 9.

²¹ De Ruiter 2000. Vergelijk ook Oei 2000, noot 13, en diens twijfels over behandelbaarheid van bejaarde criminelen, de *Volkskrant*, 1999.

²² De Kogel 2005.

²³ Van Marle in diverse kranten waaronder in het Nederlands Dagblad 14 mei 2005, televisie RTL4 op 14 mei 2005.

²⁴ Nijman 2005.

²⁵ Website www.rechtspraak.nl.

²⁶ LJN: AA8145.

²⁷ LJN: AF5483.

dat zeer intensieve behandeling noodzakelijk is. Het Hof neemt dit laatste advies over en legt een combinatievonnis op. In een andere zaak van recidive tijdens proefverlof, rapporteren beide deskundigen dat de behandelprognose erg somber moet worden ingeschat²⁸. Het gevolg zal zijn dat de veroordeelde op een longstay-afdeling wordt geplaatst. Volgens het Hof is er aldus sprake van een onverbeterlijke zedendelinquent en zal het opleggen van tbs daarom slechts dienen ter bescherming van de maatschappij. Het Hof overweegt: ‘Omdat de maatregel daaraan niet, althans niet primair, zijn bestaansrecht ontleent, is het hof van oordeel dat de beperkt beschikbare capaciteit behoort te worden ingezet ten behoeve van daders van wie de prognoses aanmerkelijk positiever worden ingeschat. Bovendien geldt thans nog de titel van de eerder opgelegde TBS met verpleging. Voor zover behandeling van verdachte nog aan de orde is, zou die op grond van deze titel kunnen plaatsvinden. Het hof vertrouwt er, gezien de verklaring van de getuigedeskundige, op dat deze TBS zal worden ondergaan op een longstay-afdeling’. Er zijn wat mij betreft twee opmerkelijke zaken in deze uitspraak. Ten eerste dat het Hof van oordeel is dat beveiliging van de samenleving niet het primaire doel is van tbs en ten tweede dat de handelbaarheid in de overweging tot het opleggen van tbs wordt meegenomen.

In de zaak Lucia de B geeft de psychiater aan dat psychotherapie alleen zinvol is als iemand daar ‘een commitment in heeft’.²⁹ Volgens hem is een ontkennende verdachte zeer slecht behandelbaar en blijft het recidiverisico hoog. Ook bij de zogenaamde pensionmoord Anjum is er sprake van een ontkennende verdachte. In het hoger beroep over de verlenging van de tbs blijkt dat het delictscenario daarom nog steeds onduidelijk is en de behandeling nog niet echt heeft kunnen aanvangen.³⁰ Omdat er nog steeds sprake is van een stoornis, wordt overgegaan tot verlenging. Advocate Böhler merkt na de zitting op dat het een gemis is dat de raadsheren geen oordeel hebben gegeven of tbs wel nut heeft als een veroordeelde persoon blijft ontkennen.³¹ Ook gedragsdeskundigen zelf geven wel eens aan dat er geen ‘oorzakelijke’ behandeling mogelijk is gezien de pathologie.³² In de Baarnse moordzaak wordt gesteld dat mensen met bepaalde stoornissen weinig kan worden geleerd. In het bijzonder is de rechtbank van mening dat een behandeling in het kader van tbs uiteindelijk niet tot enig werkelijk resultaat zal kunnen leiden en de verdachte aldus een blijvend gevaar vormt voor de samenleving. Reden om levenslang op te leggen. In hoger beroep komt het Hof Arnhem eind 2005 tot een ander besluit.³³ de gedragsdeskundigen adviseren om tbs met verpleging op te leggen. Ze merken daarbij wel op dat gezien de aard van de stoornis en de huidige stand van de wetenschap, de behandeling de stoornis niet zal kunnen genezen of verminderen. Maar ook niet uit te sluiten is dat, als gevolg van de behandeling in combinatie met het bieden van vaste structuren, het recidiverisico op de lange duur aanmerkelijk minder zal worden. Ook de leeftijd van verdachte (61 jaar), kan daarbij een rol spelen. Het Hof is in tegenstelling tot de rechtbank van mening dat slechts in het uiterste geval mag worden besloten tot het opgeven van elk resocialisatie perspectief en in casu doet zich dat volgens het Hof niet voor.

Dat de behandeling en de te verwachten duur ervan een rol speelt komt zeker tot uitdrukking in de zaken waarbij om die reden het volwassen strafrecht op de minderjarige ver-

²⁸ LJN: AO8292.

²⁹ LJN: AP2846.

³⁰ LJN: AR4580.

³¹ Bron: persbericht ANP 25 oktober 2004.

³² LJN: AR3401.

³³ LJN: AU4774.

dachte wordt toegepast. In de strafzaak die bekendstaat als de moord op het Terra college, wordt door de deskundigen geconstateerd dat de zestienjarige verdachte een kalenderleeftijd heeft van ongeveer twaalf tot veertien jaar. Vandaar het advies om niet het volwassen strafrecht toe te passen, mede vanwege de vrees voor verharding en omdat tbs-klinieken niet gewend zijn om met jeugdige delinquenten te werken. Het Hof beslist echter anders. de HR is van mening dat het mee laten wegen van de persoonlijkheid van de dader en te verwachten behandelingsduur bij de beoordeling of het volwassen strafrecht moet worden toegepast niet onbegrijpelijk is. Dit 'tegen de achtergrond van de mogelijkheden die het bestaande sanctiestelsel biedt om de veroordeelde binnen het kader van een strafrechtelijke sanctie de bij die problematiek passende en noodzakelijk geachte behandeling te laten ondergaan'.³⁴ Naast de ernst van de daad is dus de te verwachten behandelingsduur bepalend en wordt het volwassenen strafrecht toegepast, terwijl het gaat om een dader die zwakbegaafd is.

Afsluitend kan aan de hand van de recente ontwikkelingen en jurisprudentie voorzichtig geconcludeerd worden dat behandelbaarheid toch een rol speelt bij het opleggen van de maatregel tbs.

5. Onderscheid straf – maatregel

Vanaf de codificatie in 1886 kent ons land straffen en maatregelen. Kort gezegd komt het verschil hier op neer: de grondslag voor straf is schuldvergoeding. Het is een bevestiging dat de rechtsnorm is geschonden waarna de rechtsorde hersteld moet worden. Er is sprake van bedoelde leedtoevoeging. Het delict en de daaropvolgende straf zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Schuld is hierbij wezenlijk, schuld is de legitimatie en meteen de limitering van straf. Veel is geschreven over straf naar de mate van schuld. de stelling dat geen straf mag worden opgelegd die zwaarder is dan door de schuld van de dader wordt gerechtvaardigd, vindt volgens de HR geen steun in het recht. de straf wordt niet uitsluitend door de mate van verwijtbaarheid bepaald, zo stelde de HR in het Zwarte Ruiter arrest.³⁵ Toch wordt in de rechtspraak de strafmaat, voor een groot deel althans, bepaald door de grootte van het verwijt. Bij de maatregel vormt het delict de aanleiding voor de sanctie, er wordt naar de toekomst gekeken. Hoewel de veroordeelde de opgelegde maatregel kan ervaren als leedtoevoeging, is dit niet het doel van de maatregel. Ook schuldvergoeding is niet specifiek voor de maatregel, de maatregel wordt ook niet gelimiteerd door de mate van schuld. de sanctiemaat wordt vooral beheerst door het effect dat men ermee beoogt. de sanctiedoelen van straf en maatregel zijn dus heel verschillend van aard, althans in theorie.

Tegenwoordig kent Nederland een stelsel met een grote diversiteit aan sancties: voordeel is dat straf op maat mogelijk is. Nadeel is dat er overlap bestaat tussen de sancties en de samenhang ontbreekt. Van een duidelijk onderscheid tussen straf en maatregel is geen sprake meer. Er bestaan volop voorbeelden die het diffuse onderscheid tussen de beide sanctiemodaliteiten illustreren. de sanctie leerstraf met het ultieme maatregelkenmerk, namelijk leren gericht op resocialisatie, wordt door de wetgever als straf bestempeld. Bij de invoering van de ISD, is het voor de wetgever een vraag of de sanctie als bijkomende straf of als maatregel bestempeld moet worden. Ook het College van procureurs-generaal geeft aan 'dat het onderscheid tussen een straf en een maatregel niet steeds scherp is te

³⁴ LJN: AU3887

³⁵ HR 10 september 1957, NJ 1958, 5.

trekken'.³⁶ Tot slot de maatregel tbs, de meest ingrijpende maatregel die onmiskenbaar de kenmerken van straf bevat. Het feit dat een veroordeelde niet weet hoe lang zijn tbs duurt, wordt in mijn ogen terecht gezien als leedtoevoeging. de mogelijke levenslange duur van tbs, verwezenlijkt in de longstay als de behandeling is beëindigd, is te vergelijken met levenslange gevangenisstraf. Alleen door het hogere comfort van het verblijf en de zorg- en dienstverlening onderscheidt het zich dan nog van de reguliere detentie. de tbs kent ook een ander strafelement: de ernst van het feit speelt wel degelijk een rol. Want bij tbs voor een niet-geweldsdelict (geweld niet gericht tegen personen) is de duur van de tbs beperkt tot vier jaar. Met andere woorden: ook bij de tbs speelt proportionaliteit een rol van betekenis.

Dit alles overziend kom ik tot de conclusie dat het onderscheid tussen, de in het wetboek zo strikt gescheiden sanctiemogelijkheden, straf en maatregel helemaal niet zo helder is. de wetgever zelf werkt mee aan deze verwarring. de sanctiedoelen zijn verschillend en kunnen tegenstrijdig zijn. Groenhuijsen spreekt zelfs over het 'manipuleren' van de etiketten straf en maatregel.³⁷ Het onderscheid wordt volgens hem voor de vorm in stand gehouden, maar inhoudelijk wordt het verschil geweld aangedaan en het niveau van rechtsbescherming uitgehold. Ik ben het daarin met hem eens. Bovendien: het doel heiligt niet de middelen. Het doel van tbs is beveiliging van de samenleving, maar daarom mag niet het middel van een levenslange vrijheidssanctie worden opgelegd.

6. Tbs en behandeling

Het doel van de maatregel tbs is bescherming van de samenleving. Die bescherming vindt allereerst plaats door het fysiek opsluiten van de veroordeelde in een tbs-kliniek, een vorm van beveiliging op korte termijn. Ten tweede wordt de samenleving beschermd door de behandeling van de verdachte, waardoor het gevaar voor herhaling tot een aanvaardbaar risico wordt teruggebracht. Dit tweede sanctiedoel, de speciale preventie, is de beveiliging van de samenleving op lange termijn. Het doel van de maatregel is dus tweerlei: beveiliging en speciale preventie. Het tijdelijk uit de samenleving verwijderen van de delinquent door het van overheidswege verplegen in een beveiligde gesloten inrichting is niet voldoende. In dat geval zou ook een op zorg of verpleging aangepaste detentie een mogelijk afdoende oplossing zijn. Op lange termijn kan bescherming van de maatschappij alleen plaatsvinden indien de veroordeelde na beëindiging van de sanctie, ook in vrijheid, niet meer recidiveert. Daartoe dient de behandeling. Volgens Van der Landen is de behandeling 'een onlosmakelijk onderdeel van de maatschappelijke beveiliging'.³⁸ de behandeling, gericht op de terugkeer van de veroordeelde in de samenleving, is het doel van de maatregel aldus het gestelde in artikel 2 BVT (Beginselenwet Verpleging Terbeschikkinggestelden), want de tenuitvoerlegging van de terbeschikkingstelling wordt 'zoveel mogelijk dienstbaar gemaakt aan de behandeling'. de behandeling van de delinquent is daarmee het belangrijkste middel in de tbs om dat lange termijn doel te bereiken. de behandeling is naar mijn mening ook het enige middel om het uiteindelijke doel van de sanctie tbs te behalen.

Het succes van de behandeling hangt af van een aantal aspecten. Werkt de veroordeelde mee aan de behandeling, staat hij er voor open? Is dat niet het geval, is het van belang of dit verband houdt met de stoornis, of met bereidheid van de tbs-gestelde. Als niet wordt

³⁶ College pg 2003, pagina 2.

³⁷ Groenhuijsen 1991.

³⁸ Van der Landen 1992, p. 452.

meegewerkt, heeft het geen zin om de behandeling te starten. Of de behandeling slaagt, hangt ook af van de kwaliteit van de behandeling, en of de juiste behandelmethode wordt gehanteerd. Is de stoornis, gezien de aard en de ernst ervan wel behandelbaar? Bij tbs-gestelden met een psychotische stoornis bestaat de behandeling voornamelijk uit langdurige medicatie, reden waarom tbs niet geschikt is volgens Van Marle.³⁹ Oei benoemt het fenomeen therapieresistentie.⁴⁰ Volgens hem reageert een derde van de behandelpopulatie niet of nauwelijks op de behandeling, ondanks medicatie en/of psychotherapie. Een ander aspect van behandeling is dat deze ook averechts kan werken. Volgens Brand zijn twee zaken van belang bij de behandeling van de delinquent: schuldbesef en schuldgevoel.⁴¹ Heeft of kent de delinquent dat niet en is dat gevoel niet meer te herstellen, dan moet volgens hem de dure tbs worden beëindigd.

Een laatste overweging over behandeling en tbs: de behandeling van de veroordeelde bij wie een combinatievonnis is opgelegd, vindt plaats na zijn detentie. Naar mijn mening is de opdeling van de schuld aan een delict, voor een deel wel toerekenbaar, een ander deel niet toerekenbaar, een ondoenlijke zaak. Dat geldt ook voor de kwantificering hiervan in een strafdeel en een deel tbs. de noodzakelijke behandeling van de tbs-gestelde, want niet voor niets wordt de zware sanctie tbs opgelegd, wordt uitgesteld en vindt dan vaak pas jaren later plaats. Duidelijk is dat de uitgestelde behandeling in combinatie met de voorafgaande detentie met het etiket tbs, de behandelbaarheid van de veroordeelde niet ten goede komt.

Ten tijde van de afronding van mijn scriptie verschijnt het boek van Van der Wolf over behandelbaarheid als criterium voor het opleggen tbs.⁴² de wijze waarop Van der Wolf het onderwerp onderzoekt en beredeneert is anders dan mijn aanpak en we verschillen op een aantal punten behoorlijk van mening. Als eerste bespreekt Van der Wolf de praktische bruikbaarheid van het criterium behandelbaarheid. Zijn conclusie dat het een oplossing is voor de capaciteitsproblemen deel ik, maar niet dan het daarom moet meewegen in het besluit of behandelbaarheid een voorwaarde voor tbs moet zijn. Het voorwoord van Raes sluit precies aan bij de kritiek die ik heb op de aandacht voor het thema behandelbaarheid. Volgens Raes is de opkomst van de term onbehandelbaarheid terug te voeren op capaciteitsproblemen en niet op gedegen wetenschappelijk onderzoek, niet op kritische evaluatie van tbs-klinieken zelf of van het tbs-systeem in het algemeen. Vervolgens onderzoekt Van der Wolf de juridische houdbaarheid van behandelbaarheid als voorwaarde. Zijn conclusie luidt: 'Omdat behandeling niet de uiteindelijke doelstelling van tbs is, noch exclusief het karakter ervan vormt, lijkt invoering van behandelbaarheid als criterium voor tbs in tegenspraak met de grondbeginselen van TBS'.⁴³ Naar mijn mening is behandeling juist het enige middel om het uiteindelijke doel te bereiken. de behandeling maakt de tbs bijzonder. Daarom is behandeling wel het onderscheidende vermogen, het exclusieve karakter van tbs.

³⁹ Van Emmerik 1999.

⁴⁰ Oei 2005-1.

⁴¹ Brand in Oei 2006, p. 352.

⁴² Van der Wolf 2006.

⁴³ Van der Wolf 2006, p. 97.

7. Conclusie

Bij het opleggen van de maatregel is de behandelbaarheid van de verdachte geen wettelijke voorwaarde. Gezien het belang van de behandeling, vind ik dat onbegrijpelijk. Gelukkig zien we in de jurisprudentie dat de behandelbaarheid een belangrijke overweging is in het strafproces. Het wordt meegenomen in het advies van gedragsdeskundigen, in het verweer van advocaten, door het OM en door de rechter in zijn besluitvorming over de sanctie. Het belang van de behandelbaarheid neemt toe naarmate de tbs vordert: bij de verlenging van tbs en bij het besluit tot een longstay-plaatsing. Wanneer de onbehandelbaarheid een voorwaarde is voor longstay, het eindstation van tbs, dan is dat ook een voorwaarde voor het opleggen van tbs, bij het begin van tbs. Naar mijn mening zou het zeer onzuiver zijn als door puur tijdsverloop een nieuw criterium voor de sanctie ontstaat of de bestaande voorwaarden veranderen.

Behandelbaarheid als voorwaarde is inherent aan de grondslag en de doelstelling van de maatregel. Tbs wordt opgelegd omdat het delict gepleegd is door iemand met een stoornis, onder de bepalende invloed van die stoornis, met als gevolg dat de daad niet toerekenbaar is. Vandaar ook het gevaarscriterium als voorwaarde voor tbs, want de idee is dat zonder behandeling van de geconstateerde stoornis, de dader in de toekomst recidiveert, wederom onder invloed van die stoornis. de behandeling van de delinquent is erop gericht om dat gevaar te verminderen. Mijn conclusie is dat de behandelbaarheid een voorwaarde is voor het opleggen van tbs.

8. Tbs nieuwe stijl

Door behandelbaarheid expliciet op te nemen als voorwaarde bij het opleggen van tbs, wordt recht gedaan aan de sanctie tbs en wordt deze alleen gebruikt waarvoor het bedoeld is: behandeling om de maatschappij op lange termijn te beveiligen, behandeling zodat de tbs-gestelde een kans krijgt op resocialisatie. Omdat ik van mening ben dat het onderscheid tussen straf en maatregel niet bestaat en alle sancties moeten voldoen aan beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit, dient de tbs gelimiteerd te worden. Niet aan het gevaar, want het doel heiligt niet de middelen. de limitering van tbs hangt net als bij de reguliere straf samen met de ernst van het delict en de andere relevante omstandigheden. Het delict is de reden om tbs op te leggen, er moet evenredigheid met het delict blijven bestaan. Op deze wijze wordt ook het beginsel van rechtsgelijkheid in ere gehouden. Herijking van het strafrecht en van de terbeschikkingstelling is naar mijn mening noodzakelijk omdat het dualistisch sanctiestelsel, met tbs helaas als slechtste voorbeeld, niet (meer) bestaat.

Hoe dient de tbs nieuwe stijl gestalte te krijgen? de vraag die volgt en ook beantwoord moet worden: in hoeverre is behandelbaarheid als voorwaarde voor tbs te definiëren en te normeren? Van der Wolf concludeert dat vanuit methodologisch perspectief het criterium behandelbaarheid nog moeilijk te billijken is.⁴⁴ Mijn reactie daarop is vergelijkbaar met die van de Ruiter: waarom is er nog zo weinig of geen onderzoek gedaan naar het behandeldeffect van de maatregel. Methodologisch valt er nog niets te zeggen over behandelbaarheid. Desondanks wordt de maatregel al sinds 1928 opgelegd en uitgevoerd. Het feit dat de definitie van behandelbaarheid niet eenvoudig te geven is, wil naar mijn mening niet zeggen dat het om die reden niet als voorwaarde voor tbs kan gelden. de ‘oude’

⁴⁴ Van der Wolf 2006, pagina 128.

voorwaarden voor het opleggen van tbs: stoornis, verband stoornis en delict, toerekenbaarheid en gevaar hebben daarin ook hun ontwikkeling doorgemaakt.

Het moge duidelijk zijn dat verdere bestudering en onderzoek noodzakelijk is, maar ik doe een eerste aanzet:

- ♦ Gebruik van risicotaxatie-instrument verplicht als middel om de voorwaarde gevaar te onderbouwen.
- ♦ De Pro Justitia-rapportage moet voldoen aan algemeen erkende kwaliteitseisen en volgens een vast patroon met te beantwoorden vragen te worden opgesteld.
- ♦ Second opinion is een recht van verdachte waarop hij gewezen moet worden.
- ♦ Onbehandelbaarheid kan en mag niet aan begin van de procedure tot het opleggen van tbs worden vastgesteld.
- ♦ Onbehandelbaarheid kan niet aan het begin van de procedure worden vastgesteld vanwege alle onzekerheden zoals het vaststellen van: de stoornis, het verband stoornis - delict, toerekenbaarheid en het gevaar voor recidive.
- ♦ Onbehandelbaarheid mag niet aan het begin van de procedure worden vastgesteld omdat een veroordeelde om de hiervoor benoemde redenen een recht heeft op behandeling.
- ♦ Als verdachte aangeeft niet mee te zullen meewerken aan de behandeling is dat geen reden om onbehandelbaarheid aan te nemen. de vraag is of dit samenhangt met de stoornis of met houding. Als na een bepaalde periode de houding van de veroordeelde niet veranderd is, dient de behandeling of de poging daartoe te worden beëindigd.
- ♦ De effecten van tbs, behandeling en behandelmethodes moeten gestructureerd worden onderzocht.
- ♦ De nieuwe tbs kent een maximumduur, die bij de veroordeling wordt vastgesteld.
- ♦ De maximumduur van de nieuwe tbs is gelijk aan maximumduur gevangenisstraf voor soortgelijk delict.
- ♦ Het combinatievonnissen in de huidige vorm komt te vervallen. Er wordt meteen gestart met behandeling. Dat kan in een tbs-kliniek of in gevangenis die daarvoor is aangepast. Er moet onderzoek plaatsvinden naar de voor- en nadelen van behandeling in de gevangenis.
- ♦ De tbs-gestelde heeft recht op twee behandelmethoden of twee behandelingen bij verschillende klinieken.
- ♦ De resultaten van de behandeling worden regelmatig getoetst.
- ♦ Indien na 6 jaar (of minder indien gerelateerde gevangenisstraf korter zou zijn) blijkt dat behandeling geen of een averechts effect heeft, wordt de behandeling stopgezet.
- ♦ Indien de totale sanctieduur nog niet voorbij is, wordt de nieuwe tbs voortgezet als een reguliere vrijheidsbeneming.
- ♦ Indien de totale sanctieduur voorbij is, wordt de nieuwe tbs voorwaardelijk beëindigd. Een van de voorwaarden is in ieder geval dat de verpleging wordt voortgezet binnen de reguliere GGz.

Tot slot: de aandacht voor de dader die onder invloed van zijn stoornis delicten pleegt en daarvoor niet onnodig wordt gestraft maar wordt behandeld, is een groot goed binnen het strafrecht. Dit wordt echter deels teniet gedaan door de wijze waarop tbs wordt toegepast. Door behandelbaarheid op te nemen als voorwaarde en alle rechtswaarborgen toe te passen, wordt de tbs pas echt een humane sanctie.

Personalia

Simone Torremans is juriste

Aangehaalde literatuur
College pg 2003

College van procureurs-generaal (2003). Brief van 10 februari 2003 met kenmerk PaG/BJZ/3935 met onderwerp: advies over het wetsvoorstel 'bijkomende straf voor plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders'.

Van Emmerik 1999

Emmerik, J.L. van, Raes, B.C.M., Marle, H.J.C. van, e.a. (1999). *de tbs ter discussie*. Den Haag: WODC (reeks Justitiële verkenningen 1999/4).

Groenhuijsen 2001

Groenhuijsen, M.S. (2001). *Rechterlijk en justitieel beleid inzake burgerschap en de kleine criminaliteit*. In: Cliteur, P.B. & Gennep P.A. van. *Burgerschap, levensbeschouwing en criminaliteit. Humanistische, katholieke en protestantse visies op de kwaliteit van de huidige samenleving*. Amersfoort/Leuven: de Horstink, p. 257-278.

Harte, Van den Berg & Mulbregt 2005

Harte, J. M., Berg, W.M.C. van den & Mulbregt, J.M.L. van (2005). *de invloed van klinische Pro Justitia rapportage op de rechter*. In NJB 2005, 27, p.1391-1396. Deventer: Kluwer.

De Hullu 2003

Hullu, J. de (2003). *Materieel strafrecht: over algemene leerstukken van strafrechtelijke aansprakelijkheid naar Nederlands recht*. Deventer: Kluwer.

IBO-II 1998

IBO-II (1998). *Over stromen: Interdepartementaal beleidsonderzoek naar de in-, door- en uitstroom bij de tbs*.

De Kogel 2005

Kogel, C.H. de, Verwers, C., Hartogh, V.E. den (2005). *Blijvend delictgevaarlijk; empirische schattingen en conceptuele verheldering*. Den Haag: WODC Boom Juridische uitgevers.

Van der Landen 1992

Landen, D.van der (1992). *Strafen maatregel*. Dissertatie Tilburg. Arnhem: Gouda Quint.

Mackor & Brand 2004

Mackor, A.R. & Brand, E. *Naar een professioneler oordeel inzake tbs-verlengingen. Analyse van een casus*. In: *Proces*, 2004/4, p. 167-174.

Nieboer 1970

Nieboer, W. (1970). *Aegroto suum. de toerekening in het strafrecht bij psychische afwijkingen*. Proefschrift Groningen. Meppel: Boom.

Nijman 2005

Nijman, H.L.I. (2005). *Kunnen we delinquenten niet beter behandelen?* Oratie, Nijmegen, 2005.

Oei 2000

Oei, T.I. (2000). de gereuleerde toekomst van tbs: problemen en oplossingen, *DD*, p. 336-353.

Oei 2005-1

Oei, T.I. (2005). de terbeschikkingstelling: Van een bijzondere tot een gewone maatregel? In: *Justitiële verkenningen*, 31 (2005) 1, p. 23-36.

Oei 2005-2

Oei, T.I. (2005). Forensisch psychiatrische aspecten en de 'state of the art' van Pro Justitia rapportage. In: *Strafblad* 3, 5, 2005, p. 465-487.

Oei 2006

Oei, T.I. (2006). *Forensisch psychiatrische snippets*. Nijmegen: Wolf Legal Publishers.

De Ruiter 2000

Ruiter, C. de (2000). *Voor verbetering vatbaar*. Oratie UvA 2000, Amsterdam: Vossiuspers AUP.

De Ruiter, de Vogel & Hildebrand 2003

Ruiter, C., Vogel, V. de & Hildebrand, M. (2003). *Recidive van verkrachters en aanranders na TBS: de relatie met psychopathie en seksuele deviatie*. de Psycholoog 38 (2003) 3, p. 114-124.

Torremans 2007

Torremans, S.J.C.M. (2007). *Behandelbaarheid: een nieuwe voorwaarde voor het opleggen van de maatregel terbeschikkingstelling?* Afstudeerscriptie studie Nederlands recht aan de Universiteit van Tilburg, met succes verdedigd op 13 juli 2007.

Examencommissie: Prof. dr. T.I. Oei en Prof. dr. A.M. van Kalmthout. Ook verschenen bij Wolf Legal Publishers, Nijmegen, 2007.

VVD 2004

VVD Tweede-Kamerfractie (maart 2004). Agenda voor de veiligheid, de TBS ter discussie.

De Wijkerslooth 2005

Wijkerslooth, J.L. de (2005). de *officier van Justitie en de nieuwe gestrengheid*. In: Goed Beschouwd 2005. Openbaar Ministerie. Den Haag: Ministerie van Justitie.

Wolf 2006

Wolf, M.J.F. van der (2006). *Onbehandelbaar! Onbillijk? Verkenningen omtrent 'behandelbaarheid' als criterium voor TBS*. Den Haag: Boom Juridische Uitgevers.

Overig:

TV 2004

Televisieprogramma Andere Tijden 13 januari 2004 over TBR. Onderzoeksjournalistiek KRO reporter, dossier Michel S. (uitzending programma Profiel op 14 september 2005).

HOOFDSTUK 5

RAPPORTAGE

Recht in beweging, naar een verdergaande en vergaande medicalisering

A.F. Herlé en T.I. Oei

1. Inleiding

In dit hoofdstuk worden twee belangrijke tendensen belicht, die beide een visie omvatten. De eerste denkverschuiving betreft de doelstelling van het strafrecht. Kijken we vanuit strafrechtelijk oogpunt nu nog hoofdzakelijk achteruit, retrospectief, en beoordelen we daden in het verleden begaan, in de nieuwe visie is onze aandacht meer toekomstgericht. We hebben daarbij de bedoeling preventieve activiteiten te ontplooiën. Van een retrospectief strafrecht zullen we dus geleidelijk aan naar een prospectief preventierecht gaan. De tweede denkverschuiving hangt sterk met de eerste samen, vult deze aan en maakt de ommezwaai mogelijk. Daarbij wordt er gedoeld op een verdere afstand nemen van de schuldcultuur, die thans als grondslag voor ons huidige strafrecht van gelding is. Vaker worden we echter geconfronteerd met de vraag in hoeverre de dader verwijt treft en of zijn daden niet blijf geven van een ziekelijke geest. Het verhoogde aantal TBS-opleggingen in de laatste jaren getuigt daarvan.¹ Het werkgebied van de forensische psychiatrie zou zich dan verbreden. Zo verruimt het strafrecht gaandeweg *schuld en verwijtbaarheid* in voor een verdergaande medicalisering. Zijn de hersenpatronen van de verkrachter en sociaal gedepriveerde dader niet zozeer afwijkend, dat van een ziekelijk brein kan worden gesproken? Is crimineel gedrag niet sociaal pathologisch? Kan het limitatieve aantal geestelijke afwijkingen, besproken in DSM IV en ICD-10, niet worden opgerekt?

‘Neen’, zeggen de meeste juristen, de mens heeft een vrije wil en hij mag op zijn daden worden afgerekend. Het strafrecht heeft zich steeds verre gehouden van alles dat naar determinisme zweemt. Steeds meer komt men echter, op wetenschappelijke en filosofische gronden, tot de mening dat ieder mens handelt in overeenstemming met zijn genetische structuur (en capaciteit), aangevuld met al zijn levenservaringen. Dat klinkt logisch, maar het houdt wel in dat de beslissingen die hij in vrijheid neemt toch een resultante zijn van de kenmerkende inhoud van dat brein. Het misverstand bestaat ons inziens hierin, dat determinisme wordt verward met voorspelbaarheid en dat is juist niet het geval. Vrije wil is een gevoel dat samenhangt met keuze en dat blijft. Met determinisme kunnen we praktisch niets, maar we zullen wel op grond van die inzichten mentaal steeds meer afstand gaan nemen van de verwijtbaarheid en dus ook van vergelding, wraak en leedtoevoeging. Die weg is echter nog lang.² de problematiek van de vrije wil zal nog nader worden besproken.

Deze denkverschuiving is belangrijk om de weg vrij te maken voor een nieuwe benadering van deviant gedrag. In die aanpak wordt als oorzaak voor crimineel zich gedragen een gebrek aan empathie gezien.³ Empathie heeft te maken met de gevoelsoverdracht tussen mensen; het is een sociaal bindmiddel. Onlustgevoelens van de medemens, die door empathie ook zelf worden ondergaan, zullen ons ervan weerhouden om die ander leed

¹ Zie onder meer T.I. Oei, 2008.

² Dies Irae. H.M.Kuitert, 1998, p.247-248.

³ A.F.Herlé, 2006.

aan te doen. Dit lijkt simpel, en dat is het ook. Er is echter wel een voorwaarde en dat is dat er sprake is van een één op één verhouding, liefst direct, maar eventueel in verbeelding. In een confrontatie met de ander kan empathie zijn regulerende rol vervullen. Nu is ons strafrecht, strevend naar rechtvaardigheid en proportionaliteit, geleidelijk aan onpersoonlijker geworden, terwijl empathie juist een persoonlijke ervaring betreft. Wij generaliseren en abstraheren, rechtsgenoten zijn geobjectiveerde anderen. Daarmee hebben we een uitgebalanceerd rechtssysteem opgebouwd, dat gelukkig, dank zij de als persoon oordelende rechter de empathie laat meespelen. Ons sanctierecht is echter ook niet proportioneel en daarmee niet optimaal rechtvaardig. Bovendien spreken we over schuld, terwijl wij veelal op grond van de historie slechts erbarmen zouden moeten voelen.

Wanneer we er vanuit gaan dat delinquent gedrag uit een empathietekort voortkomt, dan is het zinvol na te gaan in hoeverre en onder welke omstandigheden een verstoring van deze natuurlijke neiging, onder welke omstandigheden, voorkomt. Zo kunnen we inzicht krijgen in het neuronale patroon, zoals dat door het verleden en uitgaande van de genetische setting, is opgebouwd en van daaruit trachten sociale 'reparaties' uit te voeren. Door empathie te meten bij het zien van specifieke filmbeelden, zouden we inzicht kunnen verwerven over dat neuronale patroon.⁴ Dat dit alles een verregaande medicalisering inhoudt, zowel in de diagnose als in de behandeling, moge duidelijk zijn.

Samenvattend kunnen we zeggen dat we strafrechtelijk zouden kunnen uitgaan van het individu om vast te stellen in hoeverre er mogelijkheden zijn om zijn ernstig gebrek aan empathie, onder specifieke omstandigheden, te repareren of te compenseren. Bij voorkeur zou dat vóór eventuele ontsporingen moeten gebeuren (prospectief) en uitgaande van de wetenschap dat de betrokkene met *dit* brein niet anders kon en kan handelen. Verder moeten we ons realiseren dat exact voorspellen onmogelijk is. Daarover zal later nog een aanvullende opmerking worden geplaatst. Die onzekerheid zal dan ook het grote probleem zijn bij het streven naar veiligheid. Het is dat dilemma en verder ook de mate van rechten van het individu ten opzichte van de samenleving, die preventie zullen bemoeilijken. Toch vormt veiligheid en dus vooruitzien de taak van het strafrecht.

Veel van bovengenoemde denkbeelden spelen al duidelijk in ons huidige recht. Het recht staat niet stil, en uitgaande van dit besef beschrijven, wat kan worden verwacht, is het doel van deze bijdrage.

In het navolgende hoofdstuk zal eerst kritisch naar het huidige strafrecht worden gekeken (deel 1), hetgeen de opmaat vormt voor het constructieve deel (deel 2). Daarin zullen nieuwe grondslagen worden geformuleerd, die het mogelijk moeten maken om een deel van de bezwaren tegen het huidige strafrecht weg te nemen. Veiligheid van de samenleving is een eerste grondslag en daarmee wordt de aandacht verlegd naar wat mogelijk komen gaat. De focus van de forensisch psychiater zal van een historisch-analytisch perspectief zich verplaatsen naar het voorspellen van mogelijk delinquent gedrag, zoals te doen gebruikelijk bij de risicoanalyse. Wanneer we er vanuit gaan dat persoonlijkheidsfactoren op zichzelf niet tot misdaad leiden, maar slechts tot ontsporing onder bepaalde omstandigheden, dan ontkomen maar weinigen aan de mogelijkheid van uitglijdens. Bij de meeste mensen is die kans echter heel gering, maar de populatie voor de forensisch psychiater zou al heel sterk uitbreiden, wanneer alle potentiële TBS-kandidaten moesten worden opgespoord. Hoe deze screening dan wel moet verlopen is nu nog moeilijk te zeggen, maar er zal dus wel een voorstel worden gedaan voor een algemeen te gebruiken empathieanalyse. Deze zal wellicht een deel van het probleem kunnen oplossen.

⁴ A.F.Herlé & T.I.Oei, 2005.

2. Kritiek op het huidige strafrecht

In dit deel zullen vier punten van kritiek op het strafrecht worden aangesneden, met de bedoeling daar een andere en meer aangepaste werkwijze voor in de plaats te stellen (volgende constructieve deel). Dit klinkt ambitieus, maar we zullen toch proberen onze visie enigszins vorm te geven.

Het gebrek aan proportionaliteit is een eerste punt van kritiek. Men kan echter niet stellen dat proportionaliteit in algemene zin ontbreekt; in de rechtspleging speelt de ernst van een delict over het algemeen – samen met andere afwegingsfactoren – wel een rol bij de straftoepassing. Daarbij zal blijken dat de natuurlijke, sociale één op één verhouding tussen mensen danig verstoord is geraakt. Wanneer later wordt aangedrongen op een erkenning van empathie als principiële relatiekracht, dan betekent dat tevens een herstel van die natuurlijke mens tot mens verhouding.

Schuld en verwijtbaarheid vormen de grondslagen van ons strafrecht. Deze grootheden veronderstellen echter de vrije wil en daar valt veel op af te dingen. Dat is het tweede punt van kritiek. Met een verdergaande en vergaande medicalisering van het strafrecht, met empathiegebreken als aandachtsgebied, zal naar verwachting menselijkheid en rechtvaardigheid beter worden gediend.

De beschouwing van misdaad als ziekelijk symptoom verleent aan het verschijnsel spijt een centraal gewicht. In overeenstemming met het canonieke recht kan dan worden gewerkt aan herstel van de relatie met de gemeenschap. Het strafrecht verlegt de aandacht van retrospectief naar prospectief, en preventie wordt de doelstelling. Algemene en speciale preventie zijn altijd als functie van strafrechtspleging en strafoplegging geweest! de roep om veiligheid is daarmee gediend. Schuld verliest veel van zijn waarde.

Ten slotte zal het onlogische van de tweedeling tussen het normale sanctierecht en het TBS-stelsel worden aangeroerd.

2.1 Kritiek op de vermeende proportionaliteit

De ‘Lex Talionis’ maar ook de Bijbel geven het slachtoffer het recht om tot verevening met de dader te komen, door die dader hetzelfde aan te doen als het slachtoffer onderging. Oog om oog, tand om tand. Een functie van dit criterium is ook/vooral geweest: het aangeven van de maat van vergelding/genoegdoening, namelijk niet meer dan dat... (een begrenzing dus) Het is een spiegelende rechtvaardigheid. We weten nu, op wetenschappelijke gronden, dat verevening niet werkt.⁵ Allereerst blijkt dat slachtoffers zich niet beter voelen na de verevening, maar ook is bekend dat deze agressieve daad doorgaans verre van proportioneel is en mede daarom leidt tot escalatie.⁶ Dit is gemakkelijk te verklaren vanuit de wetenschap dat de beoordeling van de mate van het schadelijke gedrag door ieder der partijen verschillend wordt gewaardeerd. Het slachtoffer schat de inbreuk circa 40% ernstiger in dan de dader. Het is dan gemakkelijk in te zien dat een meer dan proportionele ‘verevening’ leidt tot escalatie.

Uiteraard werd dit probleem, zonder deze objectieve, wetenschappelijke benadering vroeger ook al in de praktijk vastgesteld. Zo kon de ‘talio’ bloedwraak tot gevolg hebben.

⁵ D.Gilbert, 2006.

⁶ H.Crombach e.a., 2003.

Daarom werd de proportionaliteit zeker gesteld door het vaststellen van vaste boetebedragen. Later ging de objectivering nog verder, door de staat met de verevening te belasten. Wanneer volgens genoemde ontwikkeling daarna ook nog eens van geobjectiveerde rechtsgenoten werd uitgegaan, had dit tot gevolg dat de verevening zo steriel werd dat het strafproces ver van de oorspronkelijke emoties kwam te staan. Daardoor krijgt het straffen iets krampachtigs. Desondanks blijven de wraakgevoelens het recht toch nog wel beïnvloeden.⁷ de publieke verontwaardiging dwingt het strafrecht vaak in ongewenste richtingen.

Allereerst moeten we vaststellen dat bij proportionaliteit een waarderingsgrondslag moet worden gekozen. In eerste instantie koos men voor de *ernst van het kwalijke feit*.⁸ Het in brand steken van een huis is verwerpelijk, omdat een ieder zich kan verplaatsen in de deplorabele positie van een gezin dat plotseling zonder onderkomen komt te verkeren. Het verbranden van de schuur is een wat lichter vergrijp.

Als tweede grondslag voor proportionaliteit komen we nu tot een totaal andere waarderingsgrondslag, namelijk de kwade *intentie van de dader*. We introduceren daarmee een subjectief element, waardoor het begrip schuld een nieuwe betekenis krijgt. Nu kan de waardering voor eenzelfde kwalijk feit bij verschillende daders, verschillend uitpakken. In hoeverre had de dader de daad kunnen voorkomen of dat deze zelfs was gewild. Ons recht is gebaseerd op schuld, maar de ernst van het feit speelt uiteraard ook een rol.

De Hoge Raad heeft zich niet achter het straffen naar de mate van schuld geschaard.⁹ Dit standpunt is ook gebaseerd op een derde factor voor de keuze van de strafmaat, de *afschrikking*.¹⁰ De proportionaliteit wordt hier wederom geweld aangedaan. Nu is het doel de potentiële dader te ontmoedigen een dergelijk handelen te imiteren. Het is dan niet ondenkbaar dat de dader het slachtoffer wordt van de noodzaak sterke signalen af te geven.

Verevening veronderstelt proportionaliteit. Door te proberen deze verevening te objectiveren hebben we het kind met het badwater weggegooid. Zoals boven aangetoond is er van enige proportionaliteit geen sprake meer en we zijn weer terug bij ons uitgangspunt tegen wraak, namelijk dat verevening een fictie is.¹¹ de belangrijkste conclusie uit het bovenstaande is dat terugkijken en straffen noch effectief noch zinvol is.

Vergeldingsgevoelens vertegenwoordigen echter een uiterst sterke emotie en het zal lang duren voordat wij in staat zullen zijn ons daaraan te onttrekken. Een handtastelijke uitbarsting lucht op, zegt men wel eens, maar doorgaans blijft alleen de spijt over de ongecontroleerde wraak reactie over.

2.2 Kritiek op de grondslagen schuld en verwijtbaarheid

Met bovenstaande exercitie hebben we het criterium van schuld geweld aangedaan. Is schuld toch niet een belangrijk startpunt om mensen verantwoordelijk te stellen of zijn handelingen alleen de onvermijdelijke mathematische uitkomst van genetische- en ervaringsfactoren? Deze vragen hebben betrekking op de vrije wil, met daartegenover het determinisme, een richting waarin het strafrecht niet wil gaan. Juristen zijn van mening dat

⁷ Het is bekend dat rechters in de laatste jaren vaker langdurige straffen, inclusief levenslange, opleggen, mede onder invloed van maatschappelijke ontwikkelingen en tendensen.

⁸ M.Kaser & F.B.J.Wubbe, 1971, p.241.

⁹ HR 15 juli 1985, NJ 1986, 1894.

¹⁰ Afschrikking werkt overigens nauwelijks. M.Cavadino & J.Dignan, 1993.

¹¹ In feite moeten we dus erkennen dat het overnemen van het recht op vergelden door de overheid niet wordt gedragen door een grotere rechtvaardigheid.

die richting ook niet ingeslagen kan worden omdat het begrip verwijtbaarheid dan komt te zweven. Het recht gaat uit van de (fictie van) de vrije wil. Verantwoordelijkheid, verwijtbaarheid en vrije wil liggen in het verlengde van elkaar. Het is aan de psychiater om uit te maken in hoeverre tekortkomingen daarin bestaan. Er was dan geen vrije wil of de besluitvorming was zodanig verstoord dat een verantwoordelijkheid niet kon worden aangenomen. In die gevallen kan er ook geen sprake zijn van verwijtbaarheid.

Toelaten van verdere deterministische tendensen doen het rechtssysteem wankelen. Maar toch rijzen er twijfels. Moet de psychiater ook niet eens gaan praten met de man, die tengevolge van zijn opvliegerige aard, telkens weer zijn omgeving molesteert? de schade welke toegebracht wordt aan de slachtoffers, maar zeker ook de schade die de man zichzelf aandoet, zou best een medicatie kunnen rechtvaardigen. Daarbij is het dan wel nodig dat de dader zelf meewerkt en dat zal het geval zijn wanneer hij iedere keer weer spijt heeft van het gebeure. Hoe zit het dan met de vrije wil van die man. Moeten we niet constateren dat dit herhaalde gebeuren in zijn aard ligt en als dat zo is heeft hij dan geen hulp nodig om te trachten die aard aan te passen?

Het probleem van de vrije wil wordt scherp gesteld met de volgende paradox: *'Ik ben blij dat ik vrij ben om te handelen zoals in mijn aard ligt'*. Wat in iemands aard ligt manifesteert zich overigens nogal grillig. de omstandigheden maken vaak uit of negatieve tendensen aan bod komen. de frustratiedrempel bij deze man is kennelijk laag, maar er moet ook sprake zijn van een trigger. Ontlopen van dit soort omstandigheden kan dus zeker helpen. Die aard, de persoonlijkheid dus, is gecompliceerd. Sinds het connectionisme, dat er vanuit gaat dat onze hersenen één organisch geheel vormen, - waarbij de genetische bepaaldheid aangevuld en verrijkt is met al onze ervaringen, - nemen wij aan dat iedere handeling de resultante is van het actuele totaal van die historische invloeden.¹² Nu is dat proces niet alleen gecompliceerd door het enorme aantal neuronale verbindingen en de gevarieerdheid in de sterkte daarvan, maar ook omdat het causale verband vaak niet zo eenduidig is als we ons gemakshalve voorstellen. In de eerste plaats zijn handelingen in de tijd dynamisch; de resultaten van tijdstip 1 vormen de beginvoorwaarde voor tijdstip 2. Verder zijn ze dikwijls niet lineair, waardoor de uitkomsten al na enkele iteraties onzeker worden.¹³ We zullen dus nooit in staat zijn met welke computer of computersysteem ook, de reactie van de persoonlijkheid trefzeker te berekenen. Onze vrije wil is, volgens deze opvatting, weliswaar niet vrij en een direct uitvloeisel van de actuele breininhoud, maar dat weerhoudt ons er niet van om de keuze bij het afwegingsproces als vrij te ervaren. Dit houdt overigens niet in dat we die afwegingen en het resultaat daarvan ook volledig doorgronden, - zelfs de doeleinden niet. Er zijn geheugeninhouden die meespelen, maar niet in ons bewustzijn doordringen. de amygdala bijvoorbeeld kent een eigen geheugen voor gevaartekens.¹⁴ Daarnaast kunnen we ook zelden zeggen dat het beste toekomstscenario, zoals we dat bij de keuze 'berekend' hebben, zich ook inderdaad zo zal voltrekken. Dit versterkt ons gevoel van vrije keus, omdat wanneer we absoluut zeker weten dat ons besluit tot een zeker resultaat zal leiden, we dat nauwelijks als vrije wil ervaren.

¹² Het bovenstaande sluit aan op, en verwoordt, naar we veronderstellen, de conclusies van Den Boer in zijn voortreffelijke boek *'Neuro-filosofie'*. Wat daarna volgt over de subjectieve beleving van de vrije wil is een aanvulling van speculatieve aard, maar wel in lijn met zijn betoog. J.A.den Boer, 2003.

¹³ Bekend is de vlinderslag, die een orkaan veroorzaakt. (Lorenz) Kleine verschillen in de beginvoorwaarde kunnen uitgroeien tot totaal verschillende eindresultaten. (Chaostheorie)

¹⁴ J.Ledoux, 1999.

Zodra wij beseffen dat mensen handelen in overeenstemming met een, met behulp van de genetische startpositie en aan de ervaringen aangepast, stuursysteem, komt de verwijtbaarheid te zweven. de verantwoordelijkheid voor daden verschuift verder naar een schadeaansprakelijkheid. Een eventuele strafervaring is een ervaring, die ook weer in het neuronale systeem wordt ingebouwd dat mogelijk tot vermijding van strafbare feiten zal leiden. Beter zou het echter zijn het brein positief te beïnvloeden opdat daaruit geen wraakbaar handelen kan voortkomen. Welk brein voldoet echter aan die eis van bestendigheid tegen ontsporingen; en als delinquent gedrag als afwijkend wordt gezien, wat is dan het criterium van een sociaal gezond brein?

Gaan we uit van een bewustzijn, dat in een biologische vorm bestaat en zichzelf wil handhaven, dan begrijpen we de noodzaak van een verdedigingsmechanisme. de mens kan zijn omgeving waarnemen en naar bevind van zaken handelen. Bij sociaal levende wezens ligt een belangrijk deel van die verdediging bij de groep en we zijn dan ook op die groep gericht en aangewezen. de medemens is essentieel voor ons bestaan.

Het sturingsmechanisme, het brein, wordt genetisch op overleven toegerust, maar wel met een minimale invulling. de noodzakelijk geringe startpositie maakt het mogelijk om een zo goed mogelijke aanpassing aan de omgeving te verkrijgen. de ervaringen, die worden opgedaan, vullen de uitgangspositie aan tot een adequaat reagerend organisme.¹⁵ Adequaat reageren is dus wel gerelateerd aan die ervaringen en de medemens bepaalt die voor een groot deel. de leefomstandigheden zullen verder uitmaken welke invulling aan dat adequaat gedrag wordt gegeven.

Ieder mens is op ieder ogenblik een product van die genetische bepaaldheid samen met het geheel van ervaringen. Iedere handeling is de resultante van die vigerende neuronale infrastructuur en de situatie van dat ogenblik. Ook een situatie is echter geen objectief gegeven. Het is een beeld dat in het brein wordt gevormd. Dat beeld wordt vertekend door zintuigen omdat de zintuiglijke waarnemingen in harmonie met de ervaringen in dat brein worden vervormd. de objectieve wereld wordt tot een eigen perceptie. Een huis heeft vele objectieve eigenschappen, maar wanneer het huis een thuis is, dan is dat beeld danig vertekend.

Het lijkt zo onmogelijk het gedrag van mensen te voorspellen en dat is ook zo. Toch kunnen we vaak structuren in dat handelen ontdekken, en van daar uit verwachtingspatronen vormen.

We vragen ons daarbij af waarom mensen ertoe komen om zodanig te handelen dat anderen leed of schade wordt toegebracht? de ander is immers zo belangrijk voor hen en in feite is een dergelijk handelen dus ziekelijk. Is er een fysieke misvorming ontstaan in het brein, voor of na de geboorte, dan zullen we dit als pathologisch accepteren. Is die misvorming door de ervaringen gekomen, dan is dat verre van zeker. Bij het bespreken van nieuwe grondslagen zullen we deze vragen, met empathie als instrument voor het verklaren en analyseren van sociaal handelen, beter kunnen beantwoorden.

‘Hechting’ is een belangrijk begrip in de ontwikkelingspsychologie. Bij een gezonde hechting aan de moeder (meestal de moeder, maar niet alleen, wel de primaire opvoeder) durft het opgroeiende kind, vanuit die veilige haven, de wereld al een beetje te gaan verkennen. Bij de geringste mate van dreiging holt het kind terug naar moeder, wetende dat bij die verzorgster de veiligheid ligt. Het is aandoenlijk dat vertrouwen te zien, en het is

¹⁵ Vanuit de psychologie kennen we drie leerprincipes: de klassieke conditionering, de operante conditionering en het leren uit observatie. Bij de eerste twee vormen spelen vooral beloning en straf een belangrijke rol.

heerlijk dat die vertrouwenservaring straks een deel van de neuronale ervaringsstructuur gaat uitmaken. Dat wordt dan tevens een heel belangrijke invloed, want de eerste ervaringen vormen het brein, en andere ervaringen worden daar zo veel mogelijk mee in overeenstemming gebracht. Onze kinderervaringen spelen het hele leven door een prominente rol. Na het vijfde levensjaar zijn ze ook nauwelijks meer te veranderen.

Bovenstaand vertederend beeld ruilen we nu in voor een andere situatie. Er is voor het kind geen veiligheid. Het wordt geslagen of erger nog misbruikt. De dreumes kan niet terughollen om veiligheid te zoeken, die is op zichzelf aangewezen, hoe jong en onervaren ook. Het leert zich bukken om de klap te ontgaan. Hoe zal nu dat neuronale patroon zich vormen. Moeten we verwonderd zijn dat de daaruit groeiende mens achterdochtig blijft en een ingewortelde wrok heeft. Vertrouwen kan niet worden gegeven, want dat is geen basiservaring. Deze trieste ervaring kan leiden tot crimineel gedrag, wat niet altijd gezien zal worden als een persoonlijkheidsstoornis. We kunnen ons dan afvragen welke ontwikkeling gebrekkelijk is of als een ziekelijke stoornis wordt erkend.

Het bovenbeschreven geval is duidelijk en we kunnen ons daarbij heel goed voorstellen dat de basale paden in het brein van wrok en achterdocht de navolgende ervaringen gaan kleuren. Het brein vormt zich mede door met die vooringenomenheid nieuwe situaties te beoordelen.

Minder ernstig maar zeker ook van invloed zijn tal van andere negatieve ervaringen. Ook die bepalen mede het actuele handelen. Een crimineel milieu met een ander normen- en waardepatroon, het doormaken van een oorlog, leerachterstand, - het zijn alle invloedrijke negatieve factoren. Gelukkig staan daar ook veel positieve ervaringen tegenover, zoals een begrijpende en zorgende omgeving, voldoende middelen voor het levensonderhoud, een fantastische en wijze grootvader. Het is duidelijk dat aan handelingen van mensen een onvoorstelbaar gecompliceerde motivatie ten grondslag ligt. De resultante van al die ervaringen zien we zich manifesteren in het handelen, en soms hadden we die handelwijze verwacht.

2.3 Kritiek op het retrospectieve karakter

De staat heeft het geweldsmonopolie. Die zwaarmacht is aan haar afgestaan in ruil voor bescherming.¹⁶ In alle gevallen waarin rechtsgenoten onrecht wordt aangedaan faalt dus de staat in haar belangrijkste opdracht.

Wat we nu constateren is dat het strafrecht hoofdzakelijk terugkijkt en zich niet primair aan die bescherming wijdt. De speciale en generale preventie is weliswaar op de toekomst gericht, maar dat speelt slechts een bescheiden rol. Het voorkomen zou dan al een bijeffect van straf moeten zijn, want straffen is het enige middel dat voor die preventie wordt gebruikt. Wij hebben al gezien dat een strafmaat, die op generale preventie is gericht, hoogst onrechtvaardig kan zijn. Ons strafrecht is een schuldstrafrecht en we hebben eveneens geconstateerd dat de rechtvaardiging daarvan is uitgehold. Is het dan niet verstandig om onze aandacht hoofdzakelijk op de toekomst te richten, zoals dat het geval is voor het TBS-systeem? Moeten we niet onze aandacht richten op een prospectief strafrecht, dat op een humane wijze actief misdaad tracht te voorkomen? Is dat niet de veiligheidsopdracht aan de staat? Moet de dwang die zij kan/moet uitoefenen, niet gebruikt worden om misdaad te voorkomen, en wel in samenhang met ook andere instrumenten dan uitsluitend straffen? Een verdere medicalisering van ons strafrecht zou het karakter

¹⁶ Nachtwakertaak. Van Roermund, 1990.

van behandelingen veranderen. Meer in de richting van positief (constructief en/of opbouwend) gelabelde instrumenten – de medicus en de therapeut eigen. Zo ontwikkelt ons strafrecht zich meer tot een *veiligheidsrecht*, zodat een acceptabeler ethisch niveau wordt bereikt.

2.4 Kritiek op het verschil tussen normaal sanctierecht en het TBS-systeem

We zullen ons nu de vraag stellen waarop het oordeel van gedragsdeskundigen over gevaarstelling van delinquenten is gebaseerd, zoals wordt vereist in de criteria van art.37 Sr, waarvan lid 1 luidt:

‘De rechter kan gelasten dat degene aan wie een strafbaar feit wegens de gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van zijn geestvermogens niet kan worden toegerekend, in een psychiatrisch ziekenhuis zal worden geplaatst voor een termijn van maximaal een jaar, doch alleen als hij gevaarlijk is voor zichzelf, voor anderen, of voor de algemene veiligheid van personen of goederen.’

Vandereycken (e.a.) ziet het pathologische element wanneer:

- Het gedrag afwijkend is van de sociale norm;
- De betrokkene of de omgeving te maken krijgt met ongemak, lijden of bezorgdheid;
- Het gedrag binnen het begrippenkader van de psychopathologie, in groepen valt te ordenen.¹⁷

Het voor ons interessante beperkende criterium ligt in de derde factor. de DSM-IV is een dergelijke ordening en gevormd naar een consensus in het psychiatrische veld. Het is een systematische ordening van alle psychische aandoeningen in een multidimensionale vorm. Het werkgebied zou dus eenvoudig door psychiaters kunnen worden uitgebreid, voorop gesteld dat ook voldaan wordt aan de andere twee factoren. Alleen de democratische instemming is vereist.

Binnen de bovengenoemde definitie is het dus eenvoudig om deviant gedrag, dat ernstig sociaal storend is, als pathologisch op te nemen.

Ziekelijkheid is te situeren op een continuüm, dat loopt van gezond naar ziek. Biomedisch is de kwalificatie ziek éénduidig, het is een fysiologische stoornis.

De psychiatrie werkt noodgedwongen nog op een syndroomniveau en is fysiek moeilijk te plaatsen. Dat wordt echter meer mogelijk, nu we afwijkingen kunnen waarnemen op bijvoorbeeld neurotransmitterniveau en via fMRI anomalieën kunnen zien. Ook laesies van de hersenen kunnen oorzaak zijn van afwijkend gedrag. Het klassieke voorbeeld is dat van Phineas Gage, de spoorwegaarbeider, die bij werkzaamheden met springstof, een stalen staaf door de frontale cortex geschoten kreeg en daarna opvallende psychische veranderingen vertoonde. Van evenwichtige huisvader werd de man kortzichtig, egoïstisch en gespeend van empathie. Een interessante vraag is of er nu sprake was van een ziektebeleving en of deze man zich profileerde als iemand die verzorging nodig heeft? Het is in feite wonderbaarlijk en wellicht ook beangstigend dat onze identiteit zich voegt naar het besturingsmechanisme; verandert ons brein, dan verandert ook ons zelfbewustzijn. Gage zou niet anders meer willen zijn. Nieboer heeft eens wijs gezegd, dat een verandering van

¹⁷ W.Vandereycken, 1994, p.7 ev.

onze persoonlijkheid de meest ernstige ingreep is op onze integriteit.¹⁸ Ook dat feit zal een probleem vormen voor de behandelende gedragsdeskundige.

Het is slechts een kleine stap om het neuronale patroon van de vroeger misbruikte of mishandelde mens als ziekelijk te beschouwen. In feite is dat al gebeurd door dit fenomeen een naam te geven: psychisisme.¹⁹

Wat is nu het ziekelijke gehalte van delinquent handelen? Deze vraag is belangrijk omdat daarmee criminaliteit onder het bereik van de psychiatrie komt. Behandeling en risicoanalyse, instrumenten van de forensisch psychiater, kunnen dan zinvol aangewend worden en dat alles onder het vigerende artikel 37 Sr.

Eerst keren we terug naar de DSM-IV en constateren dat de huidige definitie voor sociaal ziekelijk gedrag, waarvoor geen verantwoordelijkheid kan worden gedragen, terug te vinden is in de criteria daarin verwoord. Dit is een pragmatisch antwoord dat echter nog niet is gestoeld op een algemeen geldend uitgangsprincipe. Wij willen daartoe een aanzet geven en we komen daarbij tot een stelling dat gezond sociaal reageren zodanig empathisch handelen inhoudt dat voldoende rekening wordt gehouden met de belangen van de ander. Om die belangen mede te kunnen wegen in onze beslissingsboom dienen we ons in die ander te verplaatsen. Met de introductie van empathie als onderscheidend criterium maken we de overstap van kritiek naar een bijdrage tot verbetering.

3. Nieuwe grondslagen

In de kritieken van deel één hebben we telkens een brug geslagen naar andere opvattingen.

In dit tweede deel zullen die nader worden uitgewerkt. We beginnen met de veiligheid van de samenleving, omdat die eis als fundamenteel voor het begrip *staat* kan worden gezien. Vervolgens introduceren wij het begrip empathie als sleutelbegrip van sociaal besef. Tevens kunnen we empathie gebruiken als een analyse-instrument voor delinquente tendensen.

3.1 Veiligheid van de samenleving

In het rapport 'Justitie over morgen, scenario's en strategieën voor 2015 van het Ministerie van Justitie', wordt heel nadrukkelijk rekening gehouden met de toenemende behoefte aan veiligheid. Volgens het rapport is duidelijker sprake van de bereidheid tot offers, die mensen zich willen getroosten om te voorkomen dat anderen (en zichzelf) leed of schade wordt toegebracht.

Ook de politie is bereid om een mentaliteitsverandering door te voeren, zoals blijkt uit een geschrift van de hoofdcommissarissen die stellen:

- dat de vraag naar veiligheid zal toenemen;
- dat het werk van de politie zich niet moet beperken tot opsporing en vervolging, omdat het kwaad dan al is geschied;
- dat de grote vrijblijvendheid bij preventie, welke tot dusver gold, plaats moet maken voor een stringenter beleid.²⁰

¹⁸ Voormalig hoogleraar strafrecht en forensische psychiatrie aan de UvT.

¹⁹ Coêlho, 1997, p.686.

²⁰ J.C.van Riessen, november 2001.

Alvorens daar dieper op in te gaan, even een mogelijk verhelderend verhaaltje over *het jongetje en de brandnetels*. Dat jongetje werd gemeen gestoken door de opdringerige brandnetels. Door de pijn ontsteekt hij in woede en pakt een stok waarmee hij die brandnetels te lijf gaat. Hij ranselt ze net zolang totdat hij van uitputting moet stoppen. Het jongetje groeit op en heeft intussen geleerd dat wraak niet helpt. Uitroeien kan hij die brandnetels niet en brandnetels kunnen het ook niet helpen dat zij steken. Hij leert aanraking vermijden en anders gezegd, rationeel met het probleem brandnetels om te gaan.

Langzamerhand zullen we onze aandacht gaan afkeren van het in wrok omzien naar het verleden en dat inruilen voor een prospectief strafrecht, dat de belastende effecten van onacceptabel gedrag weet te vermijden. Veiligheid wordt het adagium en dat betekent onder meer dat we de rechtsgenoten ervan moeten weerhouden zich schadelijk te gedragen. Hoe dat precies moet gebeuren is nog onduidelijk, maar dat de mogelijkheden daartoe steeds groter worden is zeker. de snelle ontwikkelingen van psychologie en psychiatrie geven daartoe vertrouwen. Ook duidelijk is dat empathie als criterium én analyse-instrument daarin een wezenlijke rol kan spelen. Het gaat er immers om, de verhoudingen tussen de rechtsgenoten op natuurlijke wijze te reguleren.

3.2 Empathie als sociale eis

Empathie, het konijn in het kistje

Aan het eind van WO II, toen in onder meer Amsterdam de hongerwinter heerste, bleek dat veel Amsterdammers op hun balkon een konijn hielden. Veel te eten was er niet, maar een konijn is gauw tevreden. Het kerstfeest was de eindbestemming. Toen het ogenblik daar was, werd het beestje uit het hok gehaald, het hok werd in elkaar geslagen voor de noodkachel en vervolgens bleek dat het konijn niet geslacht kon worden. de band met het dier was te groot en wanneer u daarin empathie ontwaart, dan is dat juist.

Maar, hoewel dit antwoord nu al de clou lijkt te zijn, is het niet de behandeling van het konijn dat ons met verwondering vervult, maar die met het kistje. Waarschijnlijk ging het volledig aan u voorbij, maar is het niet uiterst merkwaardig, dat het terloops vermelden van het in elkaar slaan van het kistje, geen ogenblik aandacht krijgt, maar dat de handeling 'het in elkaar slaan van het konijn' u met afgrijzen zou vervullen. Wij verplaatsen ons in de situatie van het konijn, maar niemand bekommert zich om het kistje.

Zo is er dus een wezenlijk onderscheid op de manier waarop wij mensen ons tegenover voorwerpen opstellen. de medemens is ook belangrijk voor ons en rekening houden met die ander komt tot stand door ons in hem te verplaatsen. We voelen met de medemens mee. Wanneer we dat niet doen en de ander als voorwerp behandelen dan is dat een tegennatuurlijk gebeuren. Voorwerpen behandel je naar goedgevoelen en het eigenbelang is de enige doelstelling. Bij mensen doe je dat niet en je zoekt altijd naar een middenweg tussen zijn en jouw belangen. We moeten ons dus goed kunnen vinden in de definitie van empathie, als *het verlangen de ander gevoelsmatig te verstaan*. Dat verlangen betekent dat we er altijd op uit zijn om die gevoelens te kennen. Bij zijn mentale afweer zal ik me immers terugtrekken tot het punt dat mij acceptabel voorkomt. Mijn medemens zal dat eveneens doen en zo komt een evenwicht tot stand.

Kunnen we nu zomaar de gevoelens van anderen ondergaan? Op die vraag zijn meerdere antwoorden mogelijk. Allereerst moeten we vaststellen dat bijvoorbeeld kinderen zo op zichzelf zijn ingesteld, dat hun aandacht nog niet op de ander is gericht. Zij hebben nog niet de behoefte om zich te verplaatsen in de gevoelens van die ander en bovendien mis-

sen ze de levenservaring om uit de non-verbale informatie redelijk trefzeker gevoelens af te lezen.

Dat behoort anders te zijn met volwassenen. Zodra zij de wens hebben zich te identificeren en zij richten hun aandacht op de betrokkene, dan komt er een stroom van informatie over, soms verbaal maar doorgaans non-verbaal, die hen in staat stelt zich in te leven in die ander. Gelaatsuitdrukkingen vormen daarbij een rijke bron van informatie. Het is een automatisch proces dat op gang komt wanneer we alleen maar in de schoenen van de ander willen gaan staan. Nu moeten we onderscheid maken tussen weten wat de ander voelt en voelen wat de ander voelt. Weten is taxerend en dat raakt ons niet echt. Wanneer we echter voelen zoals degene, waarop we onze aandacht richten, dan is er sprake van een echte verbondenheid. Eerst dan houden we echt rekening met die ander. Er kan nu een sociaal evenwicht ontstaan en dat is de natuurlijke situatie.

Wat gebeurt er nu wanneer we niet empathisch zijn, wanneer we geen verbondenheid voelen. In dat geval zullen we niet betrokken zijn en de ander als object behandelen (kistje), naar eigen goeddunken en tot eigen voordeel. In een gemeenschap kan dat niet en daar gelden regels om rekening te houden met de belangen van de medeburger. Die regels kunnen van cultuur tot cultuur verschillen vertonen, omdat ze onder verschillende omstandigheden zijn ontstaan, maar ze zijn er allemaal wel op gericht de vrijheid van handelen tegelijkertijd te beschermen en te beperken.

Strafbare feiten zijn cultuurgebonden. Ze kunnen nimmer algemeen geldend zijn. Empathie is absoluut en zodra we ook maar enigszins rekening houden met anderen, is het niet mogelijk om een misdrijf te begaan.

We kunnen deze vaststelling gebruiken om algemene criteria van ongezond sociaal handelen te achterhalen.

4. Praktische benadering

4.1 Risicotaxatie

In juni 2007 deed minister Rouvoet voor Jeugd en Gezin in zijn beleidsprogramma een opmerkelijk voorstel.²¹ Bezorgd over groepen binnen de jeugdige populatie, die dreigen te ontsporen en zich blijvend crimineel te ontwikkelen, wil hij dat van ieder kind een risicodossier wordt aangelegd. Vooralsnog zijn het de externe negatieve invloeden, die in het plan 'Alle kansen voor alle kinderen' als risicofactoren belicht worden. Te denken valt aan langdurig werkloze ouders en labiele gezinnen, waarin mishandeling een voedingsbodem vindt. Te verwachten valt dat ook ADHD als aandachtspunt zal worden opgenomen en daarmee zal de weg naar een volwaardige risicotaxatie worden ingeslagen.

Opvallend is ook de denkverschuiving, die duidelijk wordt geëtaleerd in twee van de drie uitgezette lijnen:

- de overheid gaat preventief werken, eerder opsporen en aanpakken;
- de vrijblijvendheid is voorbij; ongewenste situaties laat men niet voortduren.

Volledigheidshalve ook de vermelding van de resterende beleidsrichting:

- de belangrijke positie van opvoeding binnen het gezin.

²¹ Programma voor Jeugd en Gezin 2007-2011.

Over de interne risicofactoren als persoonlijkheidskenmerken wordt nog niet gesproken. Dat is een brug te ver. Wanneer wij echter speculeren over een prospectief strafrecht, dan zal dat aspect eveneens aan de orde komen.

Dat de nieuwe uitgangspunten voor strafrecht in de risicotaxatie betrokken zullen worden is te verwachten. Er wordt dan gedoeld op de benadering van delinquent gedrag als pathologisch gegeven en empathiegebreken als fundamentele oorzaak voor crimineel gedrag. Wanneer een deelnemer van de gemeenschap, eventueel onder voorwaarden, anderen slechts als obstakel ziet, als een voorwerp dat men naar zijn hand kan zetten, dan is dat verkeerd. Het is zaak na te gaan wie en onder welke omstandigheden daartoe kan komen.

Het probleem, dat de psychiater vervolgens wordt voorgelegd, is de vraag in hoeverre het neuronale patroon zodanig gedeformeerd is dat niet aan de elementaire sociale eisen voldaan kan worden. Door bijvoorbeeld het empathisch reageren op een verscheidenheid aan filmbeelden te analyseren kan de gedragsdeskundige specifieke eigenschappen extraheeren, die als belangrijk knelpunt de mogelijkheid bieden om correcties uit te voeren. Iemand die om kleinigheden verschrikkelijk kwaad kan worden en vervolgens alle proporties uit het oog verliest (onvoldoende empathie omdat de emotie van kwaadheid alle aandacht opeist) zou door een onschuldige medicatie afgeremd kunnen worden. De motivatie tot medicijntrouw moet komen uit spijt over een betreurde uitbarsting en haar gevolgen. We beperken ons hier tot het typische taakgebied van de psychiater, maar duidelijk is dat ook andere gedragsdeskundigen volop taken krijgen. Cognitieve trainingen om verkeerde denkpatronen te wissen, empathie versterken door aandacht op de ander te leren richten, beheerstechnieken, het zijn alle mogelijkheden om corrigerend te werken op het potentiële 'gevaarlijke' brein.

Wanneer we die benadering kiezen om misdaad als ziekelijk te afficheren en de gedragsdeskundige, vooral de psychiater door therapie, medicatie of wellicht zelfs invasief te laten corrigeren, dan zal deze provocerende opdracht velen de wenkbrauwen doen fronsen. Deze biologische benadering van de misdaad doet terugdenken aan de onrust die (destijds) ontstond ten tijde van (de ophef om de onderzoeksvoorstellen van) Buikhuisen.²²

4.2 Een flinke stap terug

Zo eenvoudig als we het deden voorkomen is het echter niet. Laten we een voorbeeld nemen. We kiezen voor de cognitieve misdaad en beschouwen de delinquenten die uit egoïsme de wet overtraden. Volgens Merton behoren die tot de groep die wel de doeleinden van de samenleving erkennen maar geen gebruik wensende te maken van de toegestane middelen.²³ Zij zien diefstal als een geschikt middel om ook tot welstand en aanzien te komen. Voor zover de dader uit een gedepriveerde groep komt is dit goed voorstelbaar. Waarom zijn anderen bevoorrecht en wat zijn de perspectieven om aan die achterstelling te ontkomen? Objectief beschouwd is er misschien ook weinig rechtvaardiging voor dat verschil, en laten we niet vergeten dat het brein werd gevormd door, onder meer, al die negatieve ervaringen uit het verleden. Wat is eigenlijk het verschil tussen een kind, dat door misbruik geestelijk misvormd werd en een kind dat door sociale deprivatie mentaal werd beschadigd?

²² A.Blokland e.a., 2005 (47) 2.

²³ E.Lissenberg, 2001, p.191 e.v.

De uitgangspunten, die werden geformuleerd om als positief alternatief voor het bekritiseerde strafrecht te komen, behelsden echter ook de empathie. Empathie gaat over verhoudingen tussen mensen, en empathie is een absolute sociale voorwaarde voor welke cultuur dan ook. Empathie gaat bovendien om een één op één verhouding tussen mensen. Wanneer een ander zodanig kwaad wordt gedaan, dat dit het nadeel van mijn handelingsvrijheid overtreft, dan moet een stapje terug worden gedaan. Die afstemming en dat evenwicht stelt zich in, omdat ik door het voelen van zijn emoties tegelijkertijd beide ‘gezichtspunten’ kan overzien.

Nu speelt empathie bij diefstal echter nauwelijks een rol. In de eerste plaats ‘ziet’ de dief het slachtoffer niet eens en moet hij zich diens reactie inbeelden, en verder is het de vraag of hij het instrumentarium heeft om de gevoelens van het slachtoffer te ondergaan. Het is dus maar zeer de vraag of we cognitieve misdaad, voor zover dat niet met geweldpleging gepaard gaat, als ziekelijk moeten zien. Dat de doorsnee dief gewoon over empathie beschikt blijkt vaak wel uit het feit dat hij zijn ‘collega’ niet gauw zal bestelen. Empathie ontwikkelt zich gemakkelijk in een directe confrontatie, maar het oproepen in verbeelding vereist een sterkere drang. Cognitieve misdaad kan dan toch het beste bestreden worden door de pakkans te vergroten. Dat is een consequentie van de schaalgrootte van onze cultuur, waarin de één op één verhouding sterk naar onpersoonlijk is verschoven. de vraag naar rechtvaardigheid moet dan niet worden gesteld.

Duidelijk anders ligt het met de affectieve misdrijven, waarbij bijvoorbeeld de emoties alle aandacht hebben opgeslorpt. Woede maakt blind. Empathie kan zich in die gevallen niet ontwikkelen, omdat het empathieproces begint met een gerichte aandacht voor de ander.

In dit geval kunnen we een absolute eis stellen aan het verwachten van empathie, die we aan het verbeelden niet wilden stellen. Emoties mogen niet zodanig uitgroeien dat empathie onvoldoende werkt. Samenleven wordt dan onmogelijk gemaakt. de groep mag eisen, dat daar iets aan gebeurt.

Onder de gedragsdeskundigen, die daar iets aan kunnen doen neemt de psychiater een prominente plaats in. We zien dat in de TBS-situatie. Wanneer we de populatie, die onder dat regime valt, uitbreiden naar alle affectieve misdaad en daarenboven ook nog eens preventief te werk gaan, dan is het duidelijk dat het werkkterrein van de psychiater wordt vergroot.

In alle bovenstaande gevallen hebben we ons niet gebaseerd op de wet die verbiedt, maar op wat in een sociale gemeenschap mag worden verwacht. Grote afwijkingen in dat natuurlijke handelen, waarbij empathie een weerhoudende rol moet spelen, worden als afwijkend en ziekelijk beschouwd. Hiermede is een verdere medicalisering van het strafrecht ingezet en de aandacht verplaatst naar genezen en voorkomen.

4.3 Therapeutic Jurisprudence

Daarnaast is het goed om nog even stil te staan bij een ander fenomeen, dat in deze tijd speelde en dat in de geschiedenis zijn weerga niet vindt. Gedoeld wordt op het werk van bisschop Tutu (Truth and Reconciliation Commission - TRC), die met zijn reconciliatieprogramma in Zuid Afrika, een historisch nieuwe weg bij het afdoen van misdrijven is ingeslagen, misdrijven die uit naam van de apartheid werden bedreven.²⁴ Deze benade-

²⁴ Desmond M. Tutu, 1999.

ring is gebaseerd op de African Jurisprudence en het fundamentele begrip ‘ubuntu’ daarin. Centraal staat het herstel van de onbalans en de sociale harmonie. Ubuntu heeft te maken met de gemeenschap, waarbij het eigen belang wordt gediend door die gemeenschap te dienen.²⁵ Wraak staat dat in de weg.

Het is opvallend maar ook begrijpelijk dat de benadering van bisschop Tutu de grondslagen van het canonieke recht weerspiegelt. Zij die berouw betonen, krijgen vergeving. Dat sluit overigens niet uit dat ook boetedoening wordt gevraagd. Zuid-Afrika heeft daarmee ethisch hoogstaand gereageerd op het onrecht dat een groot deel van de bevolking werd aangedaan.

In het hierna te bespreken ‘Therapeutic Jurisprudence’ zullen we zien dat een spijtbetui-
ging ook een zeer principiële rol speelt in de verklaring van oorzaken van crimineel ge-
drag. Oprechte spijtbetuiing is een bewijs van een tijdelijke empathiestoornis, zoals bij
een emotioneel beladen handelen, waarover, teruggekeerd in een normaal functioneren,
afkeer wordt gevoeld.

Het betonen van spijt is dan ook een noodzakelijke voorwaarde voor het door de rechter
afzien van straf bij Therapeutic Jurisprudence en verder onder de voorwaarde, dat mee-
gewerkt wordt aan een voorkomen van herhaling.

Hiermee wordt dus daadwerkelijk de focus, oorspronkelijk gericht op het verleden, ver-
plaatst naar activiteiten ten gunste van de toekomst. Het blijkt uit de praktijk dat alleen al
labeling en de invloed van de detentiecultuur tot recidive zal leiden.

Het betonen van spijt is dus een eerste stap. Vervolgens moet worden vastgesteld wat er
moet gebeuren om de kans op herhaling te minimaliseren. de rechter is in deze niet des-
kundig en hij zal dan ook een beroep op gedragsdeskundigen moeten doen om tot een
doeltreffend oordeel te komen. Wel wordt er in de USA in hun praktische toepassing van
Therapeutic Jurisprudence een voorselectie gemaakt, door de rechtbanken in bepaalde
delicten te specialiseren in Drugcourts, Domestic Violence Courts, Family Courts en
Community Courts.²⁶ In tegenstelling tot de zachte aanpak, die gold bij de resocialisatie-
pogingen in Nederland in de zestiger- en zeventiger jaren van de vorige eeuw, houdt de
rechter zelf een strenge regie in handen. Een ander opvallend kenmerk is de keuze van de
specialisaties. We treffen hier de huis- tuin- en keukencriminaliteit aan, die weliswaar
verreweg het grootste deel uitmaakt van alle ontsporingen, maar toch een belangrijk part
van de criminele gedragingen niet dekt. de ernstige misdadigheid gaat het vermogen van
de reguliere gedragsdeskundige te boven en brengt in ieder geval de forensische psychia-
trie in beeld. Nu nog wordt slechts een klein deel van deze groep psychiatrisch beoor-
deeld. Wanneer ernst wordt gemaakt met een verdere ontwikkeling van een therapeuti-
sche insteek, dan zal het werkgebied van de forensisch psychiater aanzienlijk worden uit-
gebreid.

5. Samenvatting en slotconclusies

Op het huidige strafrecht, zoals zich dat vanuit de kleine gemeenschappen ontwikkelde, is
kritiek mogelijk. Door de vergaande objectivering werd het zodanig van de natuurlijke
sociale krachten vervreemd, dat een heroriëntatie noodzakelijk lijkt. Omdat de nage-
streefde proportionaliteit niet gehaald kan worden is het noodzakelijk om te zien naar an-
dere uitgangspunten. Bovendien is het uitgangspunt van vergelding ethisch discutabel.

²⁵ David A.Crocker, 2001.

²⁶ C.McCoy, 2003, p.1513-1535.

Een heel belangrijk nieuw inzicht behelst de waardering van de vrije wil. Het bestaan daarvan wordt weliswaar erkend, maar dan slechts als subjectieve ervaring. Wanneer we uitgaan van een gedetermineerd zijn, dan realiseren we ons tevens dat dit geen voorspelbaarheid behoeft te betekenen. de beslissingsboom voor het handelen is oneindig gecompliceerd en de onzekerheid van het resultaat ondergaan wij waarschijnlijk als een vrijheidsgraad. Ook al verandert er weinig aan het ervaren van die vrije wil, voor het strafrecht betekent deze fictie wel dat met andere ogen naar schuld en verwijtbaarheid aangekeken kan gaan worden. Wanneer ieder mens, op ieder ogenblik reageert in overeenstemming met zijn mentale structuur, een structuur waarin de genetische bepaaldheid en alle nadien opgedane ervaringen bepalend zijn geweest, dan was die uitkomst niet beïnvloedbaar. Betekent dit nu het einde van de verantwoordelijkheid en is alle aansprakelijkheid daarmee van de baan? Uiteraard niet, maar de aandacht wordt wel meer verlegd van emotionele vergeldingswoede naar een meer afstandelijk begrip van de mentale structuur. Wanneer dat brein sociaal faalt, dan zou sprake kunnen zijn van een ziekelijke deformatie.²⁷ Er is daarvoor een duidelijk criterium voorhanden, namelijk de empathie. Het mechanisme dat de leden van een gemeenschap weerhoudt om elkaar ernstige schade toe te brengen is gelegen in het vermogen en de bereidheid om gevoelens te delen. In verbondenheid zijn beide gevoelsstructuren gelijktijdig te ondergaan, waardoor zich, door wederzijdse reacties, een evenwicht instelt. Empathie is het sociale bindmiddel. Wordt één van de belangen te ver doorgevoerd, dan ontstaat een voelbaar en exponentieel sterkere weerstand, die in tegenkoppeling tot een terugtreden leidt. Het afstemmen van de vrijheid van de één ten opzichte van de vrijheid van de ander wordt daardoor bereikt en dat betekent een minimalisering van het totale ongenoegen.

Een nieuw uitgangspunt vormt dus het feit dat de neuronale structuur als vast gegeven in een situatie wil zeggen dat het handelen in die situatie bepaald is. Wanneer misdadig gedrag wordt getoond, dan betekent het dat de neuronale structuur (in een dergelijke situatie) sociaal onvoldoende was ontwikkeld. In hoeverre daar iets aan gedaan kan worden en in hoeverre dat gewenst is vereist twee antwoorden. Wanneer die situatie zich regelmatig voordoet, dan is ingrijpen gewenst. We kunnen dan trachten om door onaangename ervaringen (straf) dat hersenpatroon in gunstige zin te veranderen. Positiever is het om die gewenste verandering via bijvoorbeeld beloning te beïnvloeden. Verder moet medisch ingrijpen niet op voorhand worden afgewezen. Het is een intrigerende uitdaging om via deze denklijn criminaliteitsproblemen te bezien.

Alle punten van kritiek op het huidige strafrecht hebben de bedoeling te leiden naar een uitdaging om dat strafrecht met andere ogen te gaan bekijken. Het afstand nemen van de bestaande uitgangspunten is al voldoende.

Met de kritiek op de vermeende proportionaliteit werd aangetoond dat vergelding als basis van het sanctierecht niet alleen ethisch aanvechtbaar is, maar bovendien nooit tot een rechtvaardig antwoord kan leiden.²⁸ Ook het niveau van onze cultuur zou een andere ontwikkeling moeten laten zien. Als voorbeeld voor dat nieuwe ethisch denken werd het werk van bisschop Tutu aangehaald. Daaruit blijkt dat de grondslagen van het canonieke recht een uitstekende overgang zouden kunnen vormen naar een meer ethisch sociaal corrigerend systeem.

²⁷ J.C.Harris, 2003, p.525-531.

²⁸ A.Chakrabarti, 2005, p.31-36.

De vergaande medicalisering van het strafrecht is een uitstekende richting om correcties vorm te geven. de rechtvaardiging daarvoor komt uit het tweede punt van kritiek, namelijk de afkeer van het strafrecht van iedere vorm van determinatie. Zien wij een misdaad als het onvermijdelijke resultaat van een bepaalde hersenstructuur die in een bepaalde situatie wel zo moest reageren, dan mogen we spreken van een ziek brein. Een correctie van dat neuronale patroon is gewenst, wanneer de kans op verdere ontsporingen een zeker niveau van risico overschrijdt. Dat vereist een risicotaxatie, waarbij empathie als analyse-instrument wel eens een sleutelrol zou kunnen spelen

Als vanzelf wordt met deze benaderingen het blikveld van het strafrecht geleidelijk gedraaid, van retrospectief naar prospectief. Daarmee wordt een antwoord gegeven op de kritiek, dat ons strafrecht terug ziet en onvoldoende oog heeft voor de belangrijkste eis die aan dat recht gesteld mag worden, namelijk het verbeteren van de veiligheid van de samenleving.

Ook dit denkbeeld vindt steeds meer ingang, zeker bij de overheid. de wijze waarop een prospectief strafrecht vorm moet worden gegeven is echter nog verre van duidelijk.

Wel kunnen we aansluiten bij het vierde punt van kritiek over het TBS-systeem. Dat deel van het strafrecht is al prospectief gericht, het werkt aan genezing en sluit pas af bij een acceptabel risicoprofiel. Voorwaarde is wel dat de patiënt eerst een zwaar misdrijf moet hebben gepleegd. Wanneer de forensische psychiatrie opgedragen zou krijgen alle potentiële TBS'ers op te zoeken, dan zou daarmee haar taak aanzienlijk worden uitgebreid. Zowel praktisch als ethisch is dat morgen niet doenlijk, ook niet overmorgen, maar wel op langere termijn.

Daarnaast kan ook de populatie worden uitgebreid, door niet alleen de gevallen, beschreven in de DSM-IV tot werkgebied te rekenen, maar ook andere uitwassen van sociaal mentale aard. Zijn nu alleen de stoornissen een zaak van zorg, veel persoonlijkheidskenmerken vertonen een inherent risico voor ernstige missers. *Sensation seeking* kan in combinatie met een impulsieve persoonlijkheidsstructuur in bepaalde situaties tot rampen leiden. Moeten we niet zowel de potentiële dader als zijn slachtoffer daarvoor behoeden? Wat is nu de taak van de forensisch psychiater bij drankzucht, drugsverslaving en een overmaat aan testosteron? Zijn dat niet even zovele gevaren voor uitglijders? Willen wij de samenleving veiliger maken en voorkomen dat wij 'loosers' kweken, dan zal toch nog harder moeten worden gezocht naar determinanten voor gevaarlijk gedrag. de verregaande medicalisering zal kunnen helpen dat gedrag te neutraliseren.²⁹

Empathiemeting bij karakteristieke filmscènes kunnen gebruikt worden als analyse-instrumentarium, zodat we niet behoeven af te wachten tot een daadwerkelijk ontsporen heeft plaats gehad. de potentiële dader wordt in de gevaarlijke situatie gemanoeuvreed en we laten hem dan tevens de gevolgen zien van een empathieloos handelen.

Jammer genoeg zijn de middelen voor een risicoanalyse nu nog heel beperkt en weinig effectief. Wanneer we ons echter mentaal scharen achter de nieuwe inzichten, en een ver-

²⁹ Dit vormt niet uitsluitend het domein van de psychiater, ook andere gedragswetenschappelijke disciplines kunnen hier een bijdrage leveren. Er zijn natuurlijk ook risico's verbonden aan het preventief diagnosticeren en ingrijpen door deskundigen (namens de overheid/ 'big brother'?). Er dienen op zijn minst waarborgen te worden ingesteld om te voorkomen dat er een onevenwichtigheid ontstaat in belangenafweging, professionele toetsing, maatschappelijke inkadering en toetsing, en dergelijke.

dergaande en vergaande medicalisering accepteren, dan zal door onderzoek en ontwikkeling een adequaat opsporings- en behandelingsinstrumentarium zeker volgen.³⁰ De taak van de forensisch psychiater zal dan ook niet inkrimpen doch groeien.

Met dank aan Jan Niemantsverdriet en Merel Prinsen.

Personalia

Dr. A.F. Herlé is jurist, gepensioneerd Directeur beursgenoteerde internationale onderneming, en Dr. T.I. Oei is hoogleraar Forensische Psychiatrie aan de Universiteit van Tilburg

Aangehaalde literatuur

Blokland 2005

A.Blokland e.a., 'Biosociale perspectieven in de criminologie', *Tijdschrift voor Criminologie*, 2005 (47) 2.

Cavadino & Dignan 1993

M.Cavadino & J.Dignan, *The Penal System*, London: Sage Publications, 1993.

Chakrabarti 2005

A.Chakrabarti, 'The Moral Psychology of Revenge', *Journal of Human Values*, vol.11 No.1, 2005, p.31-36.

Coelho 1997

Coelho, *Zakwoordenboek der Geneeskunde*, Arnhem: Elsevier 1997, p.686.

Crocker 2001

David A.Crocker, *'Retribution and Reconciliation'*, Institute for Philosophy & public Policy, University of Maryland, 2001.

Crombach 2003

H.Crombach e.a., 'Revenge does not make wounds heal faster', *Research magazine* October 2003.

Den Boer 2003

J.A.den Boer, *Neuro-filosofie*, Amsterdam: Uitgeverij Boom 2003.

Gilbert 2006

D.Gilbert, 'Retaliation, retribution and revenge', *The New York Times*, July 24, 2006.

Harris 2003

J.C.Harris, 'Social neuroscience, empathy, brain integration, and neurodevelopmental disorders', *Psychology & Behavior*, August 2003, p.525-531.

Herlé & Oei 2005

A.F.Herlé & T.I.Oei, 'Empathie en strafrecht', *Nederlands Juristenblad* nr.21, 2005.

Herlé 2006

A.F.Herlé, *'Empathie en criminaliteit'*, Nijmegen: Wolf Legal Publishers, 2006.

³⁰ J.McGuire, 2003, p.108-123.

Kaser & Wubbe 1971

M.Kaser & F.B.J.Wubbe, *Romeins privaatrecht*, Zwolle: Tjeenk Willink 1971, p.241.

Ledoux 1999

J.Ledoux, *The emotional brain*, London: Phoenix 1999.

Kuitert 1998

H.M.Kuitert, *Jezus, nalatenschap van het christendom*, Baarn: Uitgeverij Ten Have 1998, p.247-248.

Lissenberg 2001

E.Lissenberg, *Tegen de regels IV*, Nijmegen: Ars Aequi Libri 2001, p.191 e.v.

McCoy 2003

C.McCoy, 'The politics of problem-solving: an overview of the origins and development of therapeutic courts', *American Criminal Law Review*, Fall 2003, p.1513-1535.

McGuire 2003

J.McGuire: 'Converging Legal and Psychological Initiatives in a Therapeutic Jurisprudence Framework', *Western Criminology Review*, 4(2), 2003, p.108-123.

Oei 2008

T.I. Oei, *Forensisch psychiatrische snippers*, over de tbs, Wolf Legal Publishers, 2008, in druk.

Van Roermund 1990

B.van Roermond, 'Themis: terzijde', Nijmegen: Ars Aequi Libri 1990, p.21.

Tutu 1999

Desmond M.Tutu, 'No future without forgiveness' Doubleday, 1999.

Vandereycken 1994

W.Vandereycken, *Handboek psychopathologie, basisbegrippen*, deel 1, Houten: Bohn Stafleu Van Loghum 1994, p.7 ev.

Paradigmashift in het strafrecht: Einde van de toerekeningvatbaarheid?

C. de Ruiter

1. Inleiding

Het strafrecht heeft als uitgangspunt dat iedere dader verantwoordelijk is voor zijn handelen. Iemand kan voor zijn daden ter verantwoording worden geroepen in het strafproces en moet vervolgens de consequenties van zijn handelen dragen. Er kunnen zich echter omstandigheden voordoen waarin de verantwoordelijkheid van een dader structureel of incidenteel tekortschiet. Er wordt in de regel geen straf opgelegd als de rechter van oordeel is dat de dader een feit begaan heeft dat hem wegens een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van zijn geestvermogens niet kan worden toegerekend (art 39 lid 1 Sr). Hoewel niet nadrukkelijk in de wetstekst vermeld, wordt er algemeen vanuit gegaan dat een causale relatie tussen ziekelijke stoornis / gebrekkige ontwikkeling en strafbaar feit vereist is. Op basis van de gedragskundige rapportage besluit de rechter of er sprake is van een psychische stoornis bij de verdachte en in hoeverre deze stoornis van invloed is geweest op het begaan van het feit (zie voor meer uitleg over de relatie stoornis delict en het juridische begrip toerekeningsvatbaarheid, de Ruiter en Hildebrand, 2002).

De psycholoog of psychiater die door de rechter of de Officier van Justitie (OvJ) gevraagd wordt om een onderzoek te doen naar de eventuele gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis ten tijde van het ten laste gelegde strafbare feit, staat voor een bijna onmogelijke opdracht. Hij/zij wordt immers gevraagd om een diagnostische uitspraak te doen over de aanwezigheid van een stoornis op een bepaald moment in het verleden, een uitspraak die ten principale ontoetsbaar is (men kan immers de tijd niet terugdraaien). Daar komt nog bij dat de periode tussen het plegen van het strafbare feit en het moment van het diagnostisch onderzoek in sommige gevallen tot vele maanden, of zelfs jaren, kan oplopen.

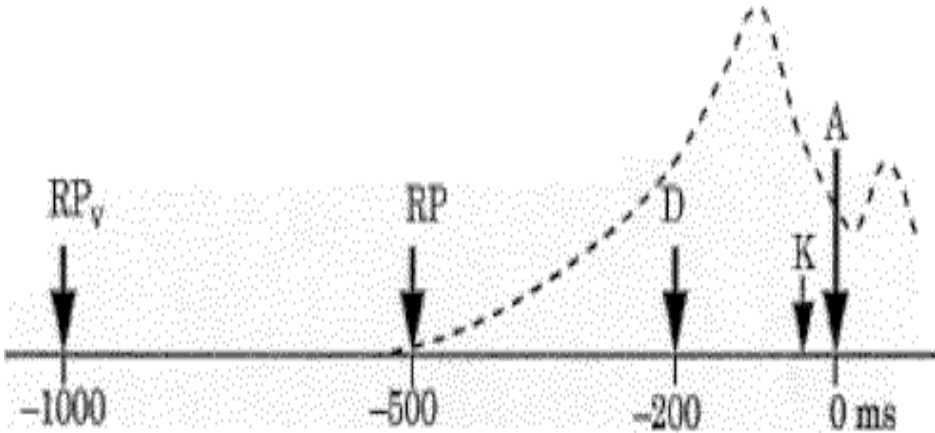
Niettegenstaande deze problemen met de diagnostiek van eventuele stoornissen in het verleden, waarop wij later in dit hoofdstuk nog terug zullen komen, geven recente neurowetenschappelijke bevindingen aanleiding tot nadere en meer fundamentele reflectie op het juridische concept toerekeningsvatbaarheid.

2. Neurowetenschappelijke bevindingen

Het begrip toerekeningsvatbaarheid is gekoppeld aan het begrip vrije wil. Dit eeuwenoude concept gaat ervan uit dat de mens keuzevrijheid heeft (voor een historisch en filosofisch overzicht over de vrije wil, zie Carey, 2007). Iemand die keuzevrijheid heeft is verantwoordelijk voor zijn daden, en als die daden in strijd zijn met de heersende strafwet, kan de persoon die zijn keuzevrijheid als het ware misbruikt heeft een straf opgelegd worden. Een aantal recente neurowetenschappelijke studies, waarin gebruik is gemaakt van verschillende experimentele paradigma's, trekken het idee van bewuste keuzevrijheid in twijfel.

Zo vond Benjamin Libet (1985) dat er al sprake is van corticale activatie (gemeten via EEG), vóórdat de persoon de bewuste intentie ervaart om een bepaalde beweging in gang

te zetten. In Figuur 1 zien we deze sequentie op de horizontale as weergegeven als RP (activeringspotentiaal), B (bewuste beslissing) en A (begin van de handeling). de activeringspotentiaal treedt op circa 500 milliseconden voordat de handeling wordt uitgevoerd, en ongeveer 300 milliseconden voordat de bewuste intentie wordt gerapporteerd.



Figuur 1: Sequence of readiness potential (RP), volitional decision (D), and onset of action (A), as well as the control stimulus on the skin (K). if the action is planned ahead, the readiness potential starts already at time RP, After Libet (1985).

Een tweede experimentele taak, die laat zien dat op het oog bewuste beslissingen op automatische wijze tot stand komen, is de *Iowa Gambling Taak* (IGT; Bechara, Damasio, Tranel en Damasio, 1997). Bij de IGT krijgen proefpersonen aan het begin vier stapels kaarten (A t/m D) en 2000 dollar. Hun taak is om zoveel mogelijk geld te winnen door het nemen van kaarten van de stapels. Bij elke trekking wint of verliest de persoon een bepaald bedrag aan geld. de stapels A en B zijn nadelig; de onmiddellijke beloning is weliswaar hoog (100 dollar), maar ook de verliezen bij deze stapels zijn hoog. Op de lange termijn verliest men bij deze stapels al zijn geld. de stapels C en D zijn op de lange duur voordelig; de beloningen per kaart zijn lager (50 dollar), maar de verliezen eveneens kleiner; uiteindelijk wordt winst gemaakt bij deze stapels. Tijdens het spelen van de IGT wordt de huidgeleidingsreactie gemeten om automatische, niet-bewuste reacties vast te leggen. de proefpersonen wordt ook op verschillende momenten tijdens de IGT gevraagd of ze het spel begrijpen, dus of ze (inmiddels) een bewuste strategie ontwikkeld hebben.

De bevindingen met de IGT wijzen uit dat de beslissing om een kaart te nemen wordt beïnvloed door automatische, emotionele processen. Normale, gezonde proefpersonen kiezen al kaarten uit de voordelige stapels vóórdat ze een bewuste strategie kunnen formuleren over welke de voordelige stapels zijn. Ze vertonen een zogenaamde anticipatoire huidgeleidingsreactie vlak voor het moment dat ze een kaart uit de onvoordelige stapels trekken. Onbewust 'weet' de persoon al dat deze stapels onvoordelig zijn, maar hij kan dat op bewust niveau nog niet rapporteren. Het meest interessante is nog wel dat zelfs personen die tijdens de hele IGT niet bewust ontdekken hoe de IGT werkt tóch de voordelige keuzes maken en geld verdienen. Automatische, onbewuste processen zijn dus verantwoordelijk voor het maken van keuzes die op de lange termijn voordelig uitpakken.

Er blijken groepen proefpersonen te zijn, die verlies lijden tijdens de IGT. Ze blijven kiezen uit de nadelige stapels, zelfs als hen verteld wordt welke stapels hen winst opleveren. Dit geldt bijvoorbeeld voor personen met een tweezijdige beschadiging aan de prefrontale cortex en voor verslaafden (Bechara, Dolan en Hindes, 2002). Hun brein behoedt hen als het ware niet voor het maken van de verkeerde keuzes.

Burns en Bechara (2007) beschrijven menselijke beslissingsprocessen als de resultante van een precair evenwicht tussen twee systemen: (1) een reflectief, bewust systeem, dat de gevolgen op de langere termijn van een keuze signaleert, en dat is gelokaliseerd in de anterieure en ventromediale prefrontale cortex; (2) een impulsief, automatisch systeem dat razendsnel de onmiddellijke, korte termijn gevolgen (pijn versus plezier) van een keuze signaleert, en gelokaliseerd is in de amygdala. Een beslissing is altijd het resultaat van de interactie tussen deze twee systemen. Als de korte termijn optie onplezierige gevolgen heeft, maar de toekomstige plezieriger, dan krijgt de laatste de overhand en verdraagt de persoon de korte termijn pijn. Dit gebeurt ook als de lange termijn gevolgen zelfs plezieriger zijn dan die op de korte termijn. Als de korte termijn gevolgen plezieriger zijn, gaat het korte termijn perspectief de besluitvorming domineren. Damasio (1994) formuleerde het als volgt: 'Will power is just another name for the idea of choosing according to long-term outcomes rather than short-term ones'.

Dysfuncties in een van deze twee of in beide systemen leiden tot problemen met het nemen van beslissingen. Een defect in het reflectieve systeem kan leiden tot het onbepaald najagen van (korte termijn) beloningen, zoals we dat zien bij middelenafhankelijkheid. Hyperactiviteit van het impulsieve systeem kan de invloed van het reflectieve systeem 'kapen'.

Burns en Bechara (2007) zijn de eersten om te erkennen dat meer neurowetenschappelijk onderzoek nodig is naar de mechanismen die ten grondslag liggen aan wilsbesluiten, en dat het te vroeg is voor het trekken van een conclusie over het wel/niet bestaan van een vrije wil. Zij durven echter wel te beweren dat hun experimenten hebben laten zien dat onze beslissingen voor een groot deel beïnvloed worden door automatische, en daarmee onvrijwillige, processen: 'This phenomenon demonstrates that it is more than an intellectual understanding of consequences, morals and ethics that guides a person's actual behavior in the real world' (p. 273). Over de implicaties van hun bevindingen voor het juridische begrip toerekeningsvatbaarheid zijn deze auteurs duidelijk: de mens beschikt niet over het soort vrije wil, dat ten grondslag ligt aan het strafrecht.

3. Een paradigma shift in het strafrecht?

Juristen zijn in het algemeen huiverig om het idee van de vrije wil los te laten. Zij zijn bang dat een maatschappij met een strafrechtstelsel dat het concept van de vrije wil en de individuele verantwoordelijkheid loslaat ten dode is opgeschreven en alleen kan uitmonden in totale anarchie. Dat hoeft echter helemaal niet. Een klassiek strafdoel als vergelding wordt inderdaad zinloos in het licht van de nieuwe neurowetenschappelijke inzichten. Wie verdient er immers straf als het criminele gedrag het resultaat is van automatische neurale processen? Strafdooelen als rehabilitatie en secundaire preventie van nieuwe misdrijven worden echter belangrijker. Men moet echter helaas vaststellen dat het criminaliteitsbeleid, ook in ons land, de laatste jaren er een is geweest van meer gevangeniscellen en versobering van het gevangenisregiem. Dat alles is een gevolg van de ook vandaag nog duidelijk hoorbare roep om hard op te treden tegen personen die de strafwet schenden waarbij in het conservatieve Verlichtingsdenken, dat wordt gekenmerkt door zwart-wit en wij / zij-denken, de oplossingen al even eenvoudig zijn: iedereen opsluiten die de

wet overtreedt. Alhoewel al geruime tijd duidelijk was dat opsluiten geen soelaas biedt voor het criminaliteitsprobleem, heeft de overheid onder druk van de publieke opinie steeds verdere verfijning in de opsluitingsmogelijkheden aangebracht (denk bijvoorbeeld aan de ISD-maatregel). de criminele recidive na gevangenisstraf is zeer hoog: na 8 jaar heeft driekwart van de ex-gedetineerden een nieuw justitiecontact, meestal wegens een misdrijf met een wettelijke strafdreiging van 4 tot 8 jaar (Wartna, Tollenaar en Essers, 2005). Bovendien lijdt een grote meerderheid van de gedetineerden aan een psychische stoornis (Bulten en Van Kordelaar, 2005), die daarvoor niet of inadequaat behandeld worden. de enige effectieve manier om de terugval in crimineel gedrag te reduceren is dan ook het behandelen van de psychische, gedrags- en verslavingsproblemen die ten grondslag liggen aan het criminele gedrag (McGuire, 2002; de Ruiter en Veen, 2005). Het betreft veelal gedragstherapeutische interventies die gericht zijn op vermindering van impulsiviteit en agressie, vergroting van sociale competenties, en vermindering van verslavingsproblematiek. Ook een gerichte behandeling met psychofarmaca kan effectief zijn.

Het nut van een preventiestrategie wordt overtuigend aangetoond door kosteneffectiviteitonderzoek uit de VS, waar in de staat Washington enkele jaren geleden uitdrukkelijk is gekozen voor preventie in plaats van de bouw van nieuwe detentiecentra. Uit een rapportage uit 2006 (Aos, Miller en Drake, 2006; vindplaats: www.wsipp.wa.gov) blijkt dat men 500 miljoen dollar heeft kunnen besparen op de bouw van twee nieuwe gevangenissen en 90 miljoen aan exploitatiekosten. In plaats van in twee nieuwe gevangenissen heeft men geïnvesteerd in evidence-based interventies gericht op preventie en terugvalpreventie van delinquent gedrag. In termen van recidivereductie ziet het plaatje er als volgt uit:

- Beroepsopleiding in de gevangenis: minus 9% recidive
- Intensief toezicht en behandeling: minus 16,7%
- Cognitieve gedragstherapie: minus 6,3 %
- Verslavingsbehandeling in de maatschappij: minus 9,3 %.

Bij jeugdigen valt de positieve score op bij functionele gezinstherapie (FFT) tijdens proefverlof: minus 15,9 %. In vergelijking met een kale gevangenisstraf leverde deze interventie de staat een positief kostenbaten saldo op van 32.000 dollar per jeugdige delinquent. In Nederland wordt FFT inmiddels in een aantal forensische behandelcentra aan jeugdige delinquenten en hun gezinnen aangeboden (Breuk, Van Dam, Disse en Doreleijers, 2005).

4. Toerekeningsvatbaarheid: de praktijk

Het aantal artikelen dat de laatste jaren verschenen is over de relatie tussen neurowetenschappelijke inzichten en de vrije wil, respectievelijk toerekeningsvatbaarheid is allang niet meer op een hand te tellen (zie bijvoorbeeld Greene en Cohen, 2004; themanummer Neuroscience van *Behavioral Sciences and the Law*, april/mei 2007). Toch is er in de dagelijkse praktijk van de gedragswetenschappelijke rapportage Pro Justitia nog weinig veranderd. Voor toerekeningsvatbaarheid wordt in de Nederlandse rechtspraktijk een zogenaamde glijdende schaal van vijf gradaties gehanteerd: toerekeningsvatbaar, enigszins verminderd toerekeningsvatbaar, verminderd toerekeningsvatbaar, sterk verminderd toerekeningsvatbaar en ontoerekeningsvatbaar. Deze gradaties hebben echter geen materieelrechtelijke grondslag: in de wet wordt nergens gesproken over deze gradaties. Als men de Nederlandse literatuur over de bepaling van de mate van toerekeningsvatbaarheid erop

naslaat is het ontbreken van theoretische en empirische onderbouwing ervan opvallend (Koenraadt, 1994; Van Marle, 1999). Tijdens mijn meer dan 12-jarige ervaring in de forensisch diagnostische praktijk is mij opgevallen hoe sterk gedragsdeskundigen kunnen verschillen in hun oordeel over de mate van toerekeningsvatbaarheid over eenzelfde casus. Zonder richtlijnen en verankering in wetenschappelijk onderzoek zijn diagnostische uitspraken over de toerekeningsvatbaarheid van een verdachte per definitie beroeps-ethisch aanvechtbaar (zie Nederlands Instituut van Psychologen, 1998).

Voor concrete richtlijnen voor de diagnostiek van de psychische toestand ten tijde van het strafbare feit, de relatie stoornisdelict en de toerekeningsvatbaarheid kan men beter terecht in de Angelsaksische literatuur (zie onder meer Melton, Petrila, Poythress en Slobogin, 1997, hoofdstuk 8; Grisso, 2003, hoofdstuk 6). Een nadeel hierbij is uiteraard dat er grote verschillen zijn tussen de Amerikaanse en de Nederlandse jurisdicties wat betreft de typen psychopathologie die erkend worden als reden voor verminderde toerekeningsvatbaarheid, en dat een Noord-Amerikaans begrip als *'not guilty by reason of insanity'* niet precies hetzelfde is als ons begrip toerekeningsvatbaarheid. Niettemin geven de in Angelsaksische landen ontwikkelde instrumenten handvaten om ook in Nederland de forensische diagnostiek op dit terrein te objectiveren. de *Rogers Criminal Responsibility Scales* (RCRAS; Rogers, Dometsch en Cavanaugh, 1981; Rogers, Sewell, 1999; Rogers en Shuman, 2000) bestaan uit 28 items die psychologische functies taxeren die relevant zijn voor de mate van toerekeningsvatbaarheid. Voorbeelden van de items zijn: hersenorganische stoornis, verstandelijke handicap, hallucinaties, denk- en taalstoornissen. de scores op de items leiden tot een score op zes *'psycholegal'* criteria, die vervolgens weer in een beslisboom worden gebracht, wat leidt tot een eindoordeel: *'sane'*, *'insane'*, en *'geen mening'*. Hoewel er kritiek is geuit op de RCRAS (Golding en Roesch, 1987), heeft het instrument overduidelijk sterke kanten: de RCRAS helpt de diagnosticus om de relevante data te verzamelen en te structureren, en biedt een aanzet tot formalisering en transparant maken van het besluitvormingsproces rondom de toerekeningsvatbaarheid. Dat is mijns inziens al grote 'winst' ten opzichte van de huidige inconsistente en ondoorzichtige 'natte vinger' praktijk in Nederland. In de hiernavolgende casus wordt de inschatting van de toerekeningsvatbaarheid mede aan de hand van de 28 variabelen van de RCRAS besproken.

4.1 Casus¹

De onderzoeksvragen

De rechter-commissaris heeft de volgende onderzoeksvragen gesteld:

Is onderzochte lijdende aan een ziekelijke stoornis/gebrekkige ontwikkeling van zijn geestvermogens, en zo ja, hoe is dit in diagnostische zin te omschrijven?

1. Hoe was dit ten tijde van het plegen van het tenlastegelegde?
2. Beïnvloedde de eventuele ziekelijke stoornis/gebrekkige ontwikkeling van de geestvermogens onderzochte's gedragskeuzen c.q. zijn gedragingen ten tijde van het plegen van het tenlastegelegde (zodanig dat het tenlastegelegde daaruit verklaard kan worden)?
3. Zo ja, kan de deskundige dan gemotiveerd aangeven:
 - a. op welke manier dat geschiedde, en,

¹ Deze casus werd eerder gebruikt in de Ruiters, C., Persoonlijkheidsstoornissen in de forensische setting, In: E.H.M. Eurelings-Bontekoe, R. Verheul & W.M. Snellen (red.), *Handboek Persoonlijkheidspathologie*, p. 469-494. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2007.

- b. in welke mate dat geschiedde?
 - c. welke conclusie met betrekking tot de toerekeningsvatbaarheid op grond hiervan te adviseren is.
1. Kan de deskundige gemotiveerd aangeven in welke mate en op welke wijze de eventuele ziekelijke stoornis/gebrekkige ontwikkeling bij voortbestaan ervan opnieuw aanleiding kan geven tot soortgelijke of andere strafbare feiten als waarvan verdachte nu wordt verdacht?
 2. Kan de deskundige zo concreet mogelijk aangeven welke maatregelen te adviseren zijn om de kans op herhaling in de toekomst te voorkomen of te beperken en binnen welk juridisch kader dat gerealiseerd zou kunnen worden?

De tenlastelegging

De rechtbank acht wettig en overtuigend bewezen dat:

De heer X.X. (geboren 1965) op 20 januari 2004 in de gemeente Z. samen en in vereniging met anderen met het oogmerk van wederrechtelijke toe-eigening heeft weggenomen een hoeveelheid geld van YY euro toebehorende aan A. , welke diefstal werd vergezeld van geweld en/of bedreiging met geweld tegen A., gepleegd met het oogmerk om die diefstal gemakkelijk te maken.

De heer X.X. is op 12 mei 2005 veroordeeld tot 18 maanden onvoorwaardelijke gevangenisstraf en tot de maatregel van terbeschikkingstelling met dwangverpleging wegens

1. diefstal vergezeld van geweld tegen personen, gepleegd in vereniging en
2. poging tot afpersing, gepleegd in vereniging

Tevens is hij veroordeeld tot betaling van een schadebedrag van VV euro aan de benadeelde partij.

Dit psychologische onderzoek vindt plaats in het kader van hoger beroep.

Levensloop

De gegevens betreffende de levensloop zijn verkregen uit het PCL-R interview (Verommen, Verheul, de Ruiter, & Hildebrand, 2002) met de heer X.X. en vergeleken met alle beschikbare collaterale informatie. de ouders van de heer X.X. zijn beide eerder gehuwd geweest. Uit deze eerdere huwelijken heeft hij vier halfzussen. Hij heeft twee oudere broers. Het huwelijk tussen de ouders was slecht, vader sloeg zijn moeder veel, ook in aanwezigheid van de kinderen. Toen vader zijn echtgenote een keer het ziekenhuis in geslagen had, moesten de kinderen een aantal maanden naar een familielid aan de andere kant van het land. Zijn vader was een strenge, hardhandige opvoeder, zijn moeder juist overbezorgd. Nu over zijn vader nadenkend zegt de heer X.X. begripvol, alsof hij zichzelf er enigszins in herkent: ‘Ach, hij wist ook met zijn emoties geen raad’. Vanaf ongeveer zijn 13^e jaar was er van ouderlijk toezicht nauwelijks sprake meer: hij kon thuis en buitenshuis gewoon zijn gang gaan. Zijn ouders waren zozeer met zichzelf bezig dat er in huis weinig regels waren (‘beetje totale anarchie’).

Zijn vader is overleden, zijn moeder heeft 10 jaar geleden een nieuwe man ontmoet. Het huidige contact met zijn broers ervaart hij als plezierig, zij ondersteunen hem terwijl hij gedetineerd is, en zijn ook bereid om een steunende rol te vervullen als hij vrij komt. Volgens de heer X.X. zijn beide broers wel maatschappelijk geslaagd: zij hebben beiden een relatie; zijn ene broer is leraar Frans en de ander muziekdocent.

De heer X.X. is in de zesde klas van de lagere school én in de brugklas blijven zitten. Hij was een onopvallend kind, niet speciaal een herrieschopper of opstandig tegen de leraren. School interesseerde hem niet en hij had een hekel aan huiswerk. Zijn ouders stimuleerden hem ook niet. Hij zat na de lagere school veel thuis op de bank tv te kijken of ging met een vriend de stad in. Op zijn 15^e jaar begon hij heroïne te gebruiken; vanaf zijn 24^e ook cocaïne. Meer onregelmatig heeft hij andere middelen zoals amfetaminen en Rohypnol gebruikt. Gevraagd naar de reden waarom hij drugs begon te gebruiken, antwoordt hij dat hij mee wilde doen. Hij merkte dat hij het lekker vond en het drugswereldje gaf een kick. de heer X.X. geeft niemand anders de schuld van zijn drugsgebruik: 'ik heb zelf ja gezegd'. Vanaf zijn 18^e is hij arbeidsongeschikt wegens zijn drugsverslaving. Sinds 2002 gebruikt hij geen heroïne meer. Hij heeft een tijdlang in een methadonprogramma van het Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs gezeten, maar gebruikt sinds het begin van deze detentieperiode geen drugs meer (inclusief tabak). de heer X.X. heeft nooit gewerkt, het werk als afdelingsreiniger in het Huis van Bewaring is zijn eerste 'baantje'. Een middelbare schooldiploma heeft hij niet.

De heer X.X. heeft in zijn leven veel verschillende seksuele partners gehad, maar ook een aantal malen een langer durende relatie. Op 21-jarige leeftijd is hij gehuwd met een Poolse. Zij was ook verslaafd aan heroïne, maar zij werkte volgens hem als vertegenwoordiger. de relatie eindigde na een jaar of zes omdat beide partners een ander hadden. Op zijn 27^e krijgt hij een relatie met B., die ook drugs gebruikte. In bijna alle relaties van de heer X.X. maakte hij gebruik van de seksuele diensten van zijn partners die zich prostitueerden om aan geld te komen. Achteraf beschouwd en nu hij van de drugs af is, schaamt hij zich daarvoor. Drie jaar geleden ontmoette hij C., met wie hij nog steeds contact heeft. Zij is volgens de heer X.X. niet verslaafd. Zij eiste dat hij niet onder invloed van drugs was als hij bij haar was.

Hulpverleningsgeschiedenis

De heer X.X. is voor seksuele problemen en agressie in 2003 in behandeling geweest bij een forensische polikliniek. Bij verschillende instanties heeft hij in deze periode hulp gezocht voor zijn agressie, maar een behandeling is nooit van de grond gekomen, volgens zijn zeggen omdat men vond dat hij eerst moest afkicken. Verschillende verslavingsinstellingen hebben echter geweigerd om hem in behandeling te nemen vanwege zijn agressieve opstelling.

Criminele voorgeschiedenis

Uit de collaterale informatie komt naar voren dat de heer X.X. al een aantal malen veroordeeld is voor verschillende misdrijven.

Het betreft de volgende misdrijven met bijbehorende sancties:

1. mishandeling (1987), geldboete
2. overtreding vuurwapenwet (1985), geldboete
3. mishandeling (1986), geldboete
4. overtreding opiumwet en vuurwapenwet (1986), 9 maanden gevangenisstraf
5. verduistering (1988), 1 week gevangenisstraf en geldboete
6. bedreiging met enig misdrijf tegen het leven (1989), 4 weken gevangenisstraf en geldboete
7. overtreding opiumwet (1989), 3 maanden gevangenisstraf
8. overtreding vuurwapenwet (1991), 2 weken gevangenisstraf
9. afpersing en overtreding vuurwapenwet (1992), 4 jaar gevangenisstraf
10. drugshandel (1996), 15 maanden gevangenisstraf

11. openlijke geweldpleging tegen personen (1999), 2 weken gevangenisstraf
12. overige verkeersdelicten (2001), geldboete

Klinische indrukken en testhouding

De heer X.X. ziet er gespierd uit. Ondanks het jarenlange drugsgebruik, dat meestal zo zijn uiterlijke sporen nalaat, ziet hij er conform zijn kalenderleeftijd uit. De heer X.X. komt net terug van de fitness bij het eerste bezoek. Hij ziet er fris en verzorgd uit, en vertelt met enige trots dat hij blij is dat hij nu veel gezonder leeft dan toen hij buiten was. Sinds zijn verblijf in detentie is hij gestopt met het gebruik van methadon en cocaïne, en eveneens met het roken van tabak. Nu hij lange tijd clean is merkt hij hoe prettig het is om goed in zijn vel te zitten. Hij vertelt ook enthousiast en trots dat hij afdelingsreiniger is, een baantje in de gevangenis dat men volgens hem alleen krijgt als de bewaarders iemand vertrouwen.

Aan het begin van het eerste gesprek lijkt de heer X.X. een goede indruk te willen wekken door enigszins overdreven deftig taalgebruik en door zijn tekortkomingen wat te verhullen. In de loop van het gesprek lijkt hij meer te ontspannen en ook eerlijker zijn falen in het leven te kunnen toegeven. In de latere gesprekken komt dat steeds nadrukkelijker tot uiting: terugkijkend op zijn leven tot nu toe vervult hem dat met gevoelens van spijt en mislukking. Hij realiseert zich dat hij veel meer had kunnen bereiken als hij zijn energie in positieve dingen had gestoken in plaats van in het leven in de drugscene. Hij ziet in dat er dingen aan hem voorbij zijn gegaan, zoals het krijgen van kinderen. De heer X.X. is realistisch ten aanzien van zijn toekomst: hij weet dat hij alert moet blijven op een terugval in drugsgebruik.

De onderzoeker ervaart de heer X.X. als redelijk open in het contact. Ik verklaar deze relatieve openheid uit een aantal verschillende zaken: ten eerste is de heer X.X. op dit moment clean en in goede doen, hij wil weer wat van zijn leven maken en medewerking aan dit onderzoek past daarin; ten tweede heeft hij veel te verliezen bij het niet meewerken aan het onderzoek, gezien de veroordeling in eerste aanleg tot tbs met dwangverpleging, waar hij heel erg mee zit; ten derde heeft hij zelf de wens aangegeven door deze onderzoeker onderzocht te worden.

Testonderzoek

De heer X.X. heeft twee zelfrapportagevragenlijsten ingevuld, de **MMPI-2** en de **SCL-90**. Hij doet dit consciëntieus en als hij een vraag niet begrepen heeft laat hij die open en vraagt hij om nadere uitleg. Uit het profiel van de validiteitsschalen van de MMPI-2 blijkt dat hij de MMPI-2 betrouwbaar heeft ingevuld: er is geen sprake van een defensieve of sociaal wenselijke antwoordstijl, iets wat men bij forensische evaluaties wel vaak tegenkomt.

De afname van de **Rorschach Inktvlekken Methode** volgens het *Comprehensive System* van Exner (2003) verloopt eveneens soepel. De heer X.X. geeft aan het begin van de afname enigszins defensief aan dat hij niet goed is in dit soort tests en dat hij er alleen maar vlekken in ziet. Dit blijkt erg mee te vallen: hij geeft niet veel antwoorden (exact het minimaal benodigde aantal van 14), maar de antwoorden die hij geeft zijn relatief rijk aan informatie, zodat de Rorschach bevindingen goed bruikbaar zijn ter vergelijking met de bevindingen uit de vragenlijsten en de gesprekken.

Huidig klinisch beeld

De heer X.X. voldoet niet aan de diagnostische criteria voor een DSM-IV As I stoornis op dit moment. De uitslag van de SCL-90 laat weliswaar in vergelijking met de norm-

groep normale bevolking een verhoogde score zien op de schalen Depressie, Angst en Insufficiëntie van denken en handelen, maar in vergelijking met de normgroep poliklinisch psychiatrische patiënten scoort hij op deze schalen laag. Dit wijst erop dat er mogelijk sprake is van een lichte verhoging ten gevolge van situationele invloeden en niet van een verhoging op deze schalen in klinische zin: de heer X.X. maakt zich zorgen over zijn toekomst en over het tbs vonnis dat hij gekregen heeft, ten gevolge waarvan hij soms piekert en zich somber voelt.

Er is op dit moment geen sprake van verslavingsgedrag. Dit blijkt ook uit urinecontroles van de inrichting waar hij verblijft.

Persoonlijkheidsonderzoek

Er werden drie verschillende instrumenten afgenomen, het semi-gestructureerde interview behorend bij de **Psychopathie Checklist-Revised** (Hare, 2003; Vertommen, Verheul, de Ruiter & Hildebrand, 2002), de persoonlijkheidsvragenlijst **MMPI-2** en de klachtenlijst **SCL-90**.

MMPI-2

De testresultaten van de *MMPI-2* laten zien dat de heer X.X. deze vragenlijst consistent en betrouwbaar heeft ingevuld (zie ook hierboven bij testhouding). Het *MMPI-2* profiel geeft aan dat de heer X.X. iemand is die moeite heeft met het vertrouwen van andere mensen en met autoriteit. Hij heeft een hekel aan regels en zoekt de grenzen op. Spanning zoekend gedrag in de vorm van middelenmisbruik en ontrouw in relaties komen veel voor. In de handboeken voor interpretatie van de *MMPI-2* (Nicholls, 2001; Friedman, Lewak, Nicholls, & Webb, 2001) staat dat het profiel van de heer X.X. wijst op een fundamenteel wantrouwen en een gevoel van kwetsbaarheid. de persoon heeft het gevoel niet op anderen te kunnen rekenen, er niet bij te horen en eenzaam in het leven te staan. Deze combinatie van enerzijds een groot wantrouwen en anderzijds een gevoel van kwetsbaarheid en eenzaamheid, en daaruit voortvloeiende hunkering naar intimiteit, zijn een bron van conflict en spanning voor de persoon.

De emotiebeheersing van de heer X.X. is gebrekkig: vooral zijn boosheid kan hij moeilijk reguleren. Hij heeft ook de neiging de schuld snel bij anderen te leggen (externaliseren van problemen). Naast de neiging tot externalisatie, zien we bij hem echter ook het tegenovergestelde: er zijn gevoelens van spijt en schuld over de keuzes die hij in zijn leven gemaakt heeft, die hem bij tijd en wijle somber stemmen.

SCL-90

De scores van de heer X.X. zijn vergeleken met twee normgroepen: normale bevolking en polikliniek psychiatrie. In vergelijking met personen uit de normale bevolking scoort hij hoog op Angst, Depressie, Insufficiëntie van denken en handelen en Interpersoonlijke sensitiviteit en bovengemiddeld op Hostiliteit en Slaapproblemen. In vergelijking met poliklinisch psychiatrische patiënten scoort hij echter laag op Angst en Hostiliteit en beneden gemiddeld op Depressie en Insufficiëntie. Alleen op Interpersoonlijke sensitiviteit scoort hij op het niveau van een gemiddelde poliklinische psychiatrische patiënt. Zijn totale problemscore (Psychoneuroticisme) op de *SCL-90* is in vergelijking met de patiënten normgroep laag.

Wij concluderen dat de bevindingen op de *SCL-90* geen aanwijzingen bieden voor de aanwezigheid van een hoog niveau van psychische klachten. de heer X.X. is wel relatief wantrouwend (verhoogde Interpersoonlijke sensitiviteit), wat overeenkomt met de resultaten van de *MMPI-2*.

Psychopathie CheckList-Revised (PCL-R)

Op de PCL-R scoort de heer X.X. gemiddeld in vergelijking met de normgroep mannelijke gevangenen. Omdat de heer X.X. vanaf zijn 15^e jaar fors drugs gebruikt heeft en alleen maar in de 'jungle' van de drugsscene geleefd heeft, worden zijn scores op de PCL-R sterk bepaald door deze levensstijl (de PCL-R wordt namelijk gescoord op basis van de gehele levensloop). Hij is nog niet zo lang drugsvrij, en het is dus lastig te beoordelen of de veranderingen die nu zichtbaar worden (zoals gevoelens van spijt en schuld, meer gevoelsdifferentiatie, eerlijker omgang met anderen en met zichzelf) blijvend zijn.

Bij personen zoals de heer X.X., die vanaf zeer jonge leeftijd drugsverslaafd zijn, wordt de ontwikkeling van de persoonlijkheid mede gekleurd en gevormd door de verslaving en de specifieke sociale omgeving waarin zij verkeren (criminele drugsscene). de verslaving leidt mede tot antisociaal gedrag en emotionele vervlakking, tot uitbuitingsrelaties, liegen en bedriegen, en een 'van-dag-tot-dag' levensstijl. Dit zijn ook kenmerken die als onderdeel van de diagnose psychopathie voorkomen, maar dan dienen deze kenmerken op zijn minst in enige mate los te staan van de verslaving. Dat is, zoals hierboven al gezegd, bij de heer X.X. nauwelijks het geval. de heer X.X. voldoet derhalve niet aan de diagnose psychopathie, maar wel aan de diagnostische criteria voor Antisociale Persoonlijkheidsstoornis (ASP): bij deze diagnose staan de gedragskenmerken op de voorgrond. Door de langdurige verslavinggeschiedenis is echter niet uit te sluiten dat de heer X.X., indien hij niet langdurig verslaafd was geweest, niet zou voldoen aan de diagnose ASP.

Rorschach Inktvlekken Methode

De heer X.X. is iemand die veel minder controle over zijn emoties uitoefent dan de meeste andere volwassenen (N.B.: dit kwam eveneens naar voren uit de MMPI-2). Zijn emoties zijn heftig en ze kunnen snel wisselen, wat bij zijn omgeving gemakkelijk de indruk wekt dat hij impulsief is en labiel. Toch is hij waarschijnlijk wel in staat om zijn emoties wat beter te moduleren.

Hij kan soms onvoorspelbaar reageren in situaties. Dit hangt samen verschillende aspecten van zijn persoonlijkheid. de heer X.X. heeft geen consistente stijl voor het aanpakken van problemen en het nemen van beslissingen: soms denkt hij rustig over dingen na en komt dan tot een oplossing; soms gaat hij meer intuïtief en gevoelsmatig te werk. Ook is hij soms in conflict over wat zijn gevoelens zijn ten opzichte van situaties of mensen.

De heer X.X. is sterk op zichzelf gericht, maar zijn gevoel over zichzelf is niet altijd positief. Hij heeft enig inzicht in zichzelf en is ook bereid over zijn gedrag, en het effect daarvan op anderen, na te denken. Hij kan leren van zijn ervaringen in het contact met anderen. Hij vindt het prettig om met anderen samen te zijn en schept plezier in een actieve samenwerking met anderen. Toch kan hij ook rigide zijn in zijn opvattingen en een al eerder gevormd oordeel over zichzelf of anderen maar moeilijk bijstellen. Als prognose voor een psychologische interventie, maar ook voor eventuele reclasseringbegeleiding, betekent dit dat de heer X.X. in principe goed in staat is om een productieve samenwerkingsrelatie aan te gaan, maar dat zijn wat starre opvattingen een soepel contact soms in de weg kunnen staan. Hier dienen degenen die hem begeleiden alert op te zijn.

De visie van de heer X.X. op zijn toekomst

De heer X.X. vindt het delict te weinig ernstig voor de hem opgelegde tbs met dwangverpleging. Hij vindt wel dat hij straf verdiend heeft. de huidige detentie heeft volgens hem wel een goede invloed gehad: hij heeft zich nu gerealiseerd dat hij echt moet veranderen, de dreigende tbs met dwangverpleging werkt in die zin confronterend, en hij vindt dit een goede zaak.

Hij staat positief ten opzichte van een tbs met voorwaarden. de heer X.X. realiseert zich dat het buiten de muren van de gevangenis moeilijker zal zijn om drugsvrij te blijven, en dat hij daarbij hulp en toezicht nodig heeft. In de gevangenis kiest hij er bewust voor om alleen om te gaan met mensen die drugsvrij zijn. Hij doet mee aan wekelijkse urinecontroles en wil dat ook in de toekomst blijven doen. Concreet wil hij in de toekomst in de buurt van zijn broer in R. gaan wonen. Hij denkt aan werk in de opvang van gedetineerden na ontslag, omdat hij weet in welk zwart gat mensen dan terecht kunnen komen. Hij heeft nog steeds contact met zijn laatste vriendin, en hoopt op een toekomst met haar, maar realiseert zich dat dat lastig wordt als hij nog lange tijd vastzit. de drugs hebben immers een dominante rol in zijn leven gespeeld. Hij vindt dat hij alert moet blijven: “het is het een of het ander, er is geen tussenweg”. Hij vermaant zichzelf zo nu en dan door tegen zichzelf te zeggen: “Vergeet niet dat het ook heel slecht kan gaan met jou”.

Risicotaxatie

Voor een inschatting van het risico van gewelddadig gedrag in de toekomst is gebruik gemaakt van de HCR-20 (Philipse, de Ruiter, Hildebrand en Bouman, 2000; de Vogel en de Ruiter, 2006). Op basis van de voorgeschiedenis van de heer X.X. zien wij een aantal historische risicofactoren voor geweld aanwezig, onder andere: geweld in relaties, midde-lenmisbruik, meerdere geweldsdelicten in het verleden. Beschouwen we de klinische risicofactoren, dan is het risicoprofiel duidelijk gunstiger. de heer X.X. vertoont inzicht in zijn problemen en in de verwoestende rol van drugs in zijn leven. Nu hij niet meer continue onder invloed is, ziet hij pas hoe zijn leven eigenlijk mislukt is: ‘omdat je drugs gebruikt vervagen heel wat normen en waarden. Dat is niet goed te praten’. Hoewel hij op dit moment niet in behandeling is, staat hij daar positief tegenover; op eigen kracht is hij gestopt met het gebruik van drugs en tabak.

De toekomstplannen van de heer X.X. lijken realistisch. Hij ziet in dat hij structuur, toezicht en begeleiding nodig heeft, om de positieve veranderingen die hij heeft ingezet, vast te houden. Zijn familie wil hem ondersteunen in dit proces. Hij heeft aangegeven dat hij zich ervoor zal inzetten om de tbs met voorwaarden te laten slagen.

Diagnose volgens DSM-IV

Op basis van alle informatie verkregen tijdens dit psychologisch onderzoek, komt de onderzoeker tot de volgende diagnose volgens het psychiatrische classificatiesysteem DSM:

- As I: Opiaat afhankelijkheid, in remissie;
 Cocaïne afhankelijkheid, in remissie
- As II: [Antisociale persoonlijkheidsstoornis, cave onderscheid met drugsverslaving]
- As III: geen diagnose
- As IV: psychosociale stress ten gevolge van detentie en afwachting van de uitslag van het hoger beroep
- As V: GAF=40; detentie, geen werk, niet zelfstandig wonend

Conclusie en beantwoording van de onderzoeksvragen

Nu de heer X.X. voor het eerst sinds zijn 15^e jaar geen drugs gebruikt, heeft hij de gelegenheid om het verloop van zijn leven tot nu toe te overzien. Hij zegt een aantal malen tijdens de gesprekken dat als hij dezelfde hoeveelheid energie die hij in het leven in de drugscene heeft gestoken had gebruikt om positieve dingen in het leven tot stand te brengen, zijn situatie er nu heel anders uit had gezien. Hij zegt dat hij nu besloten heeft om het anders te gaan doen: ‘Nu heb ik nog een kans op een ander leven’.

Het psychologisch testonderzoek geeft inzicht in sterke en zwakke kanten van de persoonlijkheid. Positief zijn de bereidheid van de heer X.X. om zichzelf en zijn leven tegen het licht te houden, zijn positieve houding ten aanzien van samenwerking met anderen, en zijn openstaan voor begeleiding in de toekomst. Kwetsbare gebieden in zijn persoon zijn: een overmatig kritische houding ten opzichte van anderen, starre overtuigingen, de neiging om emoties (vooral boosheid) te weinig te beheersen. Deze laatste kenmerken verdienen dan ook aandacht in een toekomstige behandeling.

Antwoorden op de onderzoeksvragen

1. *Is onderzochte lijdende aan een ziekelijke stoornis/gebrekkige ontwikkeling van zijn geestvermogens, en zo ja, hoe is dit in diagnostische zin te omschrijven?*

Zijn verslavingsproblematiek is in remissie. Mogelijk is een ASP aanwezig, maar dit kan pas bepaald worden indien de hr. X.X. lange tijd clean is.

2. *Hoe was dit ten tijde van het plegen van het tenlastegelegde?*

Ten tijde van het tenlastegelegde was sprake van opiaat- en cocaïne afhankelijkheid, mogelijk ook ASP.

3. *Beïnvloedde de eventuele ziekelijke stoornis/gebrekkige ontwikkeling van de geestvermogens onderzochte's gedragskeuzen c.q. zijn gedragingen ten tijde van het plegen van het tenlastegelegde (zodanig dat het tenlastegelegde daaruit verklaard kan worden)?*

Ja, de heer X.X. was ten tijde van het tenlastegelegde zodanig verslaafd en deel van de criminele drugscene dat zijn gedrag daaruit in hoge mate verklaard kan worden. Hij verkeerde onder invloed van cocaïne ten tijde van het tenlastegelegde. de impulsiviteit en gebrekkige gedragsbeheersing, behorend bij een eventuele ASP, maar ook bij cocaïnegebruik, biedt een verklaring voor zijn agressieve uitbarsting richting het slachtoffer.

4. *Zo ja, kan de deskundige dan gemotiveerd aangeven:*
 - a. *op welke manier dat geschiedde, en*

De heer X.X. heeft een zwakke controle over zijn boosheid, die in de periode dat hij zwaar drugs misbruikte niet geremd werd door normbesef of empathisch vermogen.

In welke mate dat geschiedde?

Gezien de indruk die de heer X.X. op dit moment op de onderzoeker maakt en de uitkomsten van het testonderzoek, wordt voorzichtig geconcludeerd dat de verslavingsproblematiek een *zeer overheersende rol* heeft gespeeld bij het plegen van het tenlastegelegde. Zijn gebrekkige normbesef en intimiderende instelling lijken voor een belangrijk deel samen te hangen met zijn verslaving aan drugs. In hoeverre de heer X.X. ook zonder drugsgebruik zal (blijven) voldoen aan de diagnostische criteria voor de antisociale persoonlijkheidsstoornis is de vraag. Alleen de toekomst kan uitwijzen of de antisociale persoonlijkheidsstoornis los staat van zijn drugsproblematiek, omdat de heer X.X. immers al vanaf zijn 15^e jaar ernstig verslaafd is.

- b. *Welke conclusie met betrekking tot de toerekeningsvatbaarheid op grond hiervan te adviseren is.*

De heer X.X. ging op 15-jarige leeftijd drugs gebruiken. Hij wist als 15-jarige van de gevaren van heroïne, en is dus verantwoordelijk te houden voor dit besluit. Hij geeft aan dat hij na een jaar ‘echt verslaafd’ was aan heroïne. Later kwam daar cocaïne bij. Vanuit wetenschappelijk onderzoek weten wij dat langdurige verslaving aan middelen als heroïne en cocaïne ingrijpende veranderingen in de hersenen teweeg brengt. Verslaving wordt dan ook steeds meer als een hersenziekte beschouwd. Pas in de periode voorafgaand aan het tenlastegelegde heeft de heer X.X. geprobeerd in behandeling te komen bij een verslavingsinstelling. Al die jaren daarvoor heeft hij dat niet gedaan, ondanks de vele delicten die hij in samenhang met zijn verslaving pleegde.

De vraag naar de toerekeningsvatbaarheid is een lastige vraag in de context van verslaving. Ook de precieze positie van de ASP kan op dit moment moeilijk bepaald worden (zie hierboven). de heer X.X. is in ieder geval verantwoordelijk voor de keuze die hij in het verleden gemaakt heeft om drugs te gaan gebruiken. Maar: is iemand verantwoordelijk voor zijn verslavingsgedrag, en de criminele activiteiten die daarmee samenhangen, als hij eenmaal ernstig verslaafd is, er vanuit gaande dat verslaving een hersenziekte is? (zie ook Burns & Bechara, 2007 aan het begin van dit hoofdstuk).

Wanneer wij de 28 items van de RCRAS (Rogers & Shuman, 2000) bezien, dan beoordelen wij dat de heer X.X. op sommige items verminderd toerekeningsvatbaar scoort, maar op andere juist tegenovergesteld. Voorbeelden van het eerste zijn intoxicatie tijdens het delict en (mogelijke) hersenbeschadiging. Voorbeelden van het tweede zijn: de bewuste planning en voorbereiding van het delict (met twee mededaders) en de door X.X. zelf gerapporteerde hoge mate van bewuste controle tijdens het delict (hij zegt dat hij bewust tot agressie overging om ‘erger’ te voorkomen). Op basis van de huidige stand van de kennis concludeert de onderzoeker tot een verminderde mate van toerekeningsvatbaarheid.

5. *Kan de deskundige gemotiveerd aangeven in welke mate en op welke wijze de eventuele ziekelijke stoornis/gebrekkige ontwikkeling bij voortbestaan ervan opnieuw aanleiding kan geven tot soortgelijke of andere strafbare feiten als waarvan verdachte nu wordt verdacht?*

Het risico van herhaling van geweldsdelicten is sterk gekoppeld aan zijn drugsverslaving. Op dit moment is de heer X.X. al een behoorlijke periode drugsvrij en hij is zeer gemotiveerd om zijn leven een andere wending te geven. Het feit dat hij ook gestopt is met het roken van tabak is een teken van zijn hoge motivatie. Als hij drugsvrij is en niet in de drugscene leeft, is het recidiverisico laag. de huidige positieve ontwikkeling is echter nog breekbaar, en de heer X.X. zal nog geruime tijd behandeling, ondersteuning en toezicht nodig hebben. Hij ziet dit zelf ook in.

6. *Kan de deskundige zo concreet mogelijk aangeven welke maatregelen te adviseren zijn om de kans op herhaling in de toekomst te voorkomen of te beperken en binnen welk juridisch kader dat gerealiseerd zou kunnen worden?*

Het risico van herhaling van geweldsdelicten kan tot een aanvaardbaar risico gereduceerd worden door een aantal interventies die de heer X.X. ondersteunen en structuur bieden:

- a. reclasseringstoezicht, gericht op: controles op drugsgebruik, ondersteuning bij het vinden van een zinvolle dagbesteding, casu quo werk, huisvesting, vrijetijdsbesteding. Een positieve, ondersteunende houding van de reclasseringswerker is belangrijk om afhaken te voorkomen. Duidelijke afspraken, waar een ieder zich aan houdt, helpen de werkrelatie te versterken.

- b. forensische psychotherapie, gericht op: leren omgaan met kritiek, agressiebeheersing, je kwetsbaar op durven stellen, morele ontwikkeling.
- c. deelname aan nazorg en terugvalpreventie van de Justitiële Verslavingszorg.

Deze interventies zouden het best kunnen plaatsvinden in het kader van een tbs met voorwaarden. Een tbs met dwangverpleging is gezien het niveau van het delict risico op dit moment niet aangewezen. Alleen bij een taxatie hoog-risico is tbs met dwangverpleging te overwegen.

Bespreking van dit rapport met de heer X.X.

De heer X.X. heeft inzage gekregen in het rapport en is in de gelegenheid geweest hierover vragen te stellen. Hij kon zich vinden in de inhoud van het rapport. Met het advies tot oplegging van een tbs met voorwaarden was de heer X.X. het geheel eens.

5 Beschouwing

De aard van het psychodiagnostische werk in forensisch kader, en de nog wankelende wetenschappelijke basis ervan, leggen een zware verantwoordelijkheid op de diagnosticus om zo transparant mogelijk te zijn in de keuze van zijn testinstrumentarium en zijn wijze van rapporteren. Meer nog dan in de algemene psychodiagnostiek geldt de norm van voorzichtige formuleringen en die van de permanente noodzaak tot reflectie op het eigen werk door super- en intervisie, en bijscholing. de gedragskundige rapportages *pro justitia* kunnen immers verstreckende juridische gevolgen hebben voor de onderzochte (De Ruiter, 2004, 2007). de wetenschappelijke basis voor de gestructureerde risicotaxatie is de afgelopen jaren in Nederland sterk gegroeid (voor een overzicht zie: Hildebrand en de Ruiter, 2005; de Ruiter en Hildebrand, 2007), maar dat geldt niet voor de taxatie van de mate van toerekeningsvatbaarheid. Op de lange termijn is de verwachting dat de neurowetenschappen de strafrechtelijke doctrine over vrije wil en toerekeningsvatbaarheid ingrijpend zullen beïnvloeden. Mijn hoop is dat dit uiteindelijk zal leiden tot een humaner en effectiever strafrecht.

Personalia

Prof.dr. C. de Ruiter, klinisch psycholoog/gedragstherapeut, is bijzonder hoogleraar Forensische psychologie aan de Universiteit Maastricht en senior wetenschapper aan het Trimbos-instituut te Utrecht. E-mail: Corine.deRuiter@psychology.unimaas.nl

Aangehaalde Literatuur

Aos, Miller & Drake 2006

S. Aos, M., Miller & E. Drake, *Evidence-based public policy options to reduce future prison construction, criminal justice costs, and crime rates*, Olympia: Washington State Institute for Public Policy, 2006.

Bechara e.a. 1997

A. Bechara, H. Damasio, D. Tranel, & A.R. Damasio, Deciding advantageously before knowing the advantageous strategy, *Science*, 1997, 275, p. 293-295.

Bechara, Dolan, & Hindes 2002

A. Bechara, S., Dolan & A. Hindes, Decision making and addiction (Part II): Myopia for the future or hypersensitivity to reward, *Neuropsychologia*, 2002, 40, p. 1690-1705.

Breuk e.a. 2005

R.E. Breuk, A. van Dam, C.M. Disse & T.A.H. Doreleijers, Functionele gezinstherapie in de behandeling van jeugdige forensisch psychiatrische patiënten, In: C. de Ruiter & M. Hildebrand (Red.), *Behandelingsstrategieën bij forensisch psychiatrische patiënten*, Tweede, geheel herziene druk. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2005.

Bulten & Van Kordelaar 2005

B.H. Bulten & W.F.J.M. van Kordelaar, Zorg in detentie, In: E.R. Muller & P.C. Vegter (Red.), *Detentie: Gevangen in Nederland*, Alphen aan den Rijn: Kluwer, 2005.

Burns & Bechara 2007

K. Burns & A. Bechara, Decision making and free will: A neuroscience perspective, *Behavioral Sciences and the Law*, 2007, 25, p. 263-280.

Carey 2007

P. Carey, A brief history of the concept of free will: Issues that are and are not germane to legal reasoning, *Behavioral Sciences and the Law*, 2007, 25, p.165-181.

Damasio 1994

A.R. Damasio, *Descartes' error: Emotion, reason, and the human brain*, New York: Grosset-Putnam, 1994.

Exner 2003

J.E. Exner, *The Rorschach: A Comprehensive System* (Vol. 1, 3rd ed.), New York: Wiley, 2003.

Friedman e.a. 2001

A.F. Friedman, R. Lewak, D.S. Nichols & J.T. Webb, *Psychological assessment with the MMPI-2*, Mahwah, NJ: Erlbaum, 2001.

Golding & Roesch 1987

S.L. Golding & R. Roesch, The assessment of criminal responsibility: Approach to a current controversy, In: I.B. Weiner & A.K. Hess (Eds.), *Handbook of forensic psychology*, 1987, p. 395-432, New York: Wiley.

Greene & Cohen 2004

J. Greene & J. Cohen, For the law, neuroscience changes nothing and everything, *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*, 2004, 359, p. 1775-1785.

Grisso 2003

T. Grisso, *Evaluating competencies: Forensic assessments and instruments. Second edition*, New York: Kluwer Academic/Plenum, 2003.

Hare 2003

R.D. Hare, *Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R): 2nd edition*, Toronto, Canada: Multi-Health Systems, 2003.

Hildebrand & de Ruiter 2005

M. Hildebrand & C. de Ruiter, Over criminele behoeften en het belang van gestructureerde risicotaxatie. In: C. de Ruiter & M. Hildebrand (Red.), *Behandelingsstrategieën bij forensisch psychiatrische patiënten*, Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, Tweede, geheel herziene druk, 2005, p. 3-22.

Koenraadt 1994

F. Koenraadt, Klinische observatie en psychologische rapportage pro justitia, In F. Koenraadt & S.J. Steenstra (Red.), *Forensische psychologie: Rapportage en behandeling in het straf(proces)recht*, Arnhem: Gouda Quint, 1994, p. 71-95.

Libet 1985

B. Libet, Unconscious cerebral initiative and the role of conscious will in voluntary action, *Behavioural and Brain Sciences*, 1985, 8, p. 529-566.

van Marle 1999

H.J.C. van Marle, Het strafrechtelijk gedragskundig onderzoek, In B.C.M. Raes & F.A.M. Bakker (Red.), *de psychiatrie en het Nederlandse recht*, p. 75-94, Deventer: Gouda Quint, 1999.

McGuire 2002

J. McGuire (Ed.), *Offender rehabilitation and treatment: Effective programs and policies to reduce re-offending*, Chichester, UK: Wiley, 2002.

Melton e.a. 1997

G.B. Melton, J. Petrila, N.G., Poythress & C. Slobogin, *Psychological evaluations for the courts: A handbook for mental health professionals and lawyers*, Second edition. New York: Guilford, 1997.

Nederlands Instituut van Psychologen 1998

Nederlands Instituut van Psychologen, *Beroepscode voor psychologen van het Nederlands Instituut van Psychologen*, 1998.

Nicholls 2001

D.S. Nicholls, *Essentials of MMPI-2 assessment*, New York: Wiley, 2001.

Philipse e.a. 2000

M. Philipse, C. de Ruiter, M. Hildebrand & Y. Bouman, *HCR-20. Beoordelen van het risico van gewelddadig gedrag, Versie 2*, Nijmegen/Utrecht: Prof.mr. W.P.J. Pompestichting/Dr. Henri van der Hoeven Stichting, 2000.

Rogers, Dometsch & Cavanaugh 1981

R. Rogers, R. Dometsch & J. Cavanaugh, An empirical approach to insanity evaluations. *Journal of Clinical Psychology*, 1981, 37, p. 683-687.

Rogers & Sewell 1999

R. Rogers & K.W. Sewell, The R-CRAS and insanity evaluations: A re-examination of construct validity, *Behavioral Sciences and the Law*, 1999, 17, p. 181-194.

Rogers & Shuman, 2000

R. Rogers & D. Shuman, *Conducting insanity evaluations* (2nd edition), New York: Guilford, 2000.

De Ruiter 2004

C. de Ruiter, Forensisch gedragsonderzoek in strafzaken, *Justitiële Verkenningen*, 2004, 30, p. 50-61.

De Ruiter 2007

C. de Ruiter, Een dubieuze gedragkundige rapportage bij een ontkennende verdachte. de casus van de Anjummer pensionmoorden. *Proces: Tijdschrift voor Strafrechtspleging*, 2007, 86, p. 136-145.

De Ruiter & Hildebrand 2002

C. de Ruiter & M. Hildebrand, Over toerekeningsvatbaarheid, In: P.J. van Koppen, D. Hessing, H. Merckelbach & H. Crombag (Red.), *Het recht van binnen: Psychologie van het recht*. Deventer: Kluwer, 2002, p. 687-697.

De Ruiter & Veen 2005

C. de Ruiter & V. Veen, *Terugdringen van recidive bij geweldsdelinquenten: Werkzame interventies bij relationeel, seksueel en algemeen geweld*, Utrecht: Trimbos-instituut, 2005.

de Ruiter & Hildebrand 2007

C. de Ruiter & M. Hildebrand, Risk assessment and treatment in Dutch forensic psychiatry. *Netherlands Journal of Psychology*, 2007, 63, p.166-175.

Vertommen, Verheul, de Ruiter & Hildebrand 2002

H. Vertommen, R. Verheul, C. de Ruiter & M. Hildebrand, *Hare's Psychopathie checklist: Handleiding*, Lisse: Swets Test Publishers, 2002.

De Vogel & de Ruiter 2006

V. de Vogel & C. de Ruiter, Structured professional judgment of violence risk in forensic clinical practice: A prospective study into the predictive validity of the Dutch HCR-20. *Psychology, Crime and Law*, 2006, 12, p. 321-336.

Wartna, Tollenaar & Essers 2005

B.S.J. Wartna, B.S.J., N. Tollenaar & A.A.M.Essers, *Door na de gevangenis: Een cijfermatig overzicht van de strafrechtelijke recidive onder ex-gedetineerden*, Den Haag: WODC, 2005.

Terugblikken

W.F. van Kordelaar

1. Inleiding

Toen tien jaar geleden de eerste psychiaters, psychologen, biochemici en natuurkundigen werden ingeschreven in het Nederlands Register van Forensische Deskundigen was de verwachting dat daar een kwaliteitsimpuls van uit zou gaan.¹ de idee was dat de deskundigen op meerdere manieren zouden kunnen profiteren van elkaars know how en ook dat deskundigen, rechters en procespartijen elkaar en elkaars positie op een meer realistische wijze zouden gaan waarnemen en waarderen.

Indertijd werd in het denken over de kwaliteitseisen waaraan deskundigen zouden moeten voldoen onderscheid gemaakt tussen drie competentiegebieden:²

1. de kwaliteiten behorende bij het eigen deskundigheidsgebied
2. de *specifiek forensische* kwaliteiten behorende bij het eigen deskundigheidsgebied
3. de *algemeen forensische* kwaliteiten verbonden aan het verrichten van een expertise ten behoeve van oordeels- en besluitvorming in één van de rechtsdomeinen.

De uitwisseling van kennis en ervaring zou, zo was de verwachting, vooral betrekking kunnen hebben op de algemeen forensische kwaliteiten zoals kennis van het rechtsdomein en het als deskundige inhoudelijk en positioneel kunnen functioneren ten behoeve van de rechtspraak. Daarnaast werd uitwisseling verwacht op de meer methodische kanten van de specifiek forensische kwaliteiten zoals kwesties rond de replicerbaarheid van onderzoek en een zekere standaardisatie van waarschijnlijkheidsniveaus van deskundigenuitspraken.

Als ‘forensische’ achtergrond voor de wetgeving en het register gold indertijd het indrukwekkend gerechtelijk falen in enkele opzienbarende strafzaken in welk falen zowel specifieke (mis)expertises van materiedeskundigen als ook van gedragsdeskundigen een rol speelden.³

Er waren in die tijd, naast de Wet op de Positie van de Deskundige in het Strafrecht, nog andere ontwikkelingen waarvan verwacht werd dat ze de kwaliteit van de psychiatrische en psychologische expertise kwalitatief verder zouden brengen. Zo stelde de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie in 2008 de eerste versie van de ‘Richtlijn Forensisch Psychiatrisch Onderzoek’ vast en kwam in hetzelfde jaar vanuit het toen nog jonge NIFP de ‘Best practice forensisch psychologisch onderzoek’ tot stand.⁴

Een derde belangrijke ontwikkeling uit die tijd was de vormgeving aan de indicatiestelling forensische zorg. Hoewel in het bedrijfsleven de marktgerichte benadering toen al

¹ Van Kordelaar & Duits, 2007.

² Van Kordelaar, 2003.

³ Het betreft onder andere zaken die bekend stonden als de ‘Schiedammer Parkmoord’ en ‘De Puttense Moordzaak’.

⁴ respectievelijk NVvP, 2008 en NIFP, 2008.

over zijn hoogtepunt heen raakte, was de vermarkting van diensten in de publieke sector en de gezondheidszorg nog volop gaande. Het Ministerie van Justitie werd indertijd het zorgkantoor voor de forensische zorg en kocht deze in nadat een onafhankelijke indicatie was gesteld. Rondom die indicatiestellingen ontwikkelden zich nieuwe vraagstellingen aan de forensische gedragsdeskundigen.

Tot slot was er nog een zeer belangrijke ontwikkeling rond de strafrechtspleging die acht jaar geleden verder begon door te zetten. Zoals bekend werd de strafrechtspleging vanaf het begin van deze eeuw in toenemende mate al ingezet als instrument om de maatschappelijke veiligheid te vergroten via risicotaxaties en gedragsinterventies. In de uitwerking van de beleidsnota 'Inbreuk en herstel' (2011) van de toenmalige Minister van Justitie is radicaal gekozen voor een sanctiestelsel waarin het door sancties beoogde rechtsherstel in principe moet samengaan met duurzame speciale preventie.⁵ Hierdoor werd de eenzijdige invalshoek van de maatschappelijke veiligheid en resocialisatie aangevuld met de elementen maatschappelijk bestaansrecht en reacceptatie.

Omdat niet mogelijk is om op alle ontwikkelingen terug te kijken moet deze terugblik worden beperkt tot enkele kernthema's. Het eerste thema betreft methodologische ontwikkelingen binnen de forensische expertise. Het tweede gaat over ontwikkelingen in de toepassingsbreedte onder invloed van de genoemde ontwikkelingen in het sanctiestelsel.

2. Methodologische ontwikkelingen

2.1 Binnen het algemene vakgebied

Vanaf het eind van de vorige eeuw zijn in de geneeskunde de principes van evidence based medicine centraal komen te staan bij de ontwikkeling van richtlijnen voor het medische handelen.⁶ Voor een belangrijk deel is dat te danken geweest aan de tot dan toe ongekende toegankelijkheid en onmiddellijke beschikbaarheid van actuele klinische en wetenschappelijke kennis via het internet. Wereldwijde meta-analyses hebben geleid tot de categorisering van bevindingen en conclusies in welomschreven kwaliteitsniveaus. Deze valideringssystematiek van onderzoeksresultaten heeft op zijn beurt weer geleid tot cycli van richtlijnen -> nieuw onderzoek -> verbetering van richtlijnen.

Deze ontwikkelingen zijn, zoals bekend, de vorige eeuw begonnen binnen het meer concrete gebied van de somatiek, maar werden vanaf begin deze eeuw ook toegepast op onderwerpen van de geestelijke gezondheidszorg, – zelfs waar het complexe problematiek betrof.⁷

Daarbij heeft zich nog een andere toepassing van richtlijnontwikkeling gevoegd. Deze richtte zich op het ontwerpen van zogeheten zelflerende expertsystemen voor diverse indicatiestellingen. Deze zogenoemde BooG-methodiek werd aanvankelijk ontworpen voor het indiceren van forensische diagnostiek ten behoeve van de strafrechtpleging, maar is sindsdien in vele ook niet-forensische toepassingsgebieden gebruikelijk.⁸

⁵ Inbreuk en herstel. Over duurzaamheid in het sanctiebestel. Ministerie van Justitie, 2011.

⁶ Sackett, 2000.

⁷ Een voorbeeld is de richtlijn 'persoonlijkheidsstoornissen' uit 2008.

⁸ Van Kordelaar, 2005.

Het gevolg was een systematiek waarbij ‘slanke’ en optimaal betrouwbare casefinding en indicatiestelling toegeleidde tot diepgaande evidence-based diagnostiek en interventie.⁹

Intussen zijn in de geestelijke gezondheidszorg vele onderwerpen toe aan de vierde of vijfde editie van hun richtlijn, die inmiddels aangeduid wordt met zijn onderwerp volgnummer en jaar van uitgave (bijvoorbeeld: Depressie/08/2018). de praktijk van de gewogen indicatiestellingen is de afgelopen jaren verrijkt en aangescherpt met resultaten uit longitudinaal onderzoek, waardoor de diverse indicatiegebieden worden aangeduid met hun BooG-onderwerp, jaartal en indien van toepassing de aanduiding ‘L(longitudinaal)’ (bijvoorbeeld: BooG-longstay/2016-L).

Op het gebied van de diagnostiek van stoornissen is achteraf gezien de dimensionele benadering van niet te onderschatten belang gebleken. Werd in het eerste decennium van deze eeuw al steeds vaker de term ‘spectrum’ gebruikt om de elkaar niet wederzijds uitsluitende verwantschap van (mis)adaptaties aan te duiden, na de introductie van DSM-V kreeg deze benadering een wereldwijd erkende grondslag, die veel meer samenhang en ook onverwacht veel standaardisatie teweeg bracht in de diagnostiek.

2.2 Binnen het forensisch specialisme

De in de inleiding genoemde ontwikkeling van richtlijnen voor het *forensisch* psychiatrisch en psychologisch onderzoek, tien jaar geleden, oversteeg achteraf gezien niet het niveau van het nu eens netjes op een rij zetten van de toen bestaande praktijk. Voor een deel ontbrak het indertijd aan op het Nederlandse rechtssysteem toepasbare toespitsingen van in andere rechtssystemen gebruikte methodieken.¹⁰ Aan de andere kant moet gezegd dat de toen bestaande praktijk onderhuids nog wemelde van diverse stromingen en scholen die hun onderling vaak tegenstrijdige inzichten claimden als evidence based. Het aantal conclusies dat niveau 4 oversteeg was bij die eerste versies zo gering dat men in die eerste editie wijselijk naliet om conclusies te vermelden.

In die tijd, waarin de medisch-biologische oriëntatie op zijn hoogtepunt kwam, werd ook in de forensische specialisaties heel veel verwacht van de beeldvormende technieken bij het objectiveren van stoornissen en het vaststellen van de veroorzakende invloed daarvan op delictgedrag. Deze verwachtingen zijn om vier redenen maar bepaald ten dele uitgekomen:

1. het snel toegenomen inzicht dat beeldvorming wel zinvol is voor het bepalen van activiteitsfoci in de hersenen die afwijken van wat normaal wordt aangetroffen, maar dat die uiteindelijk onvoldoende inzicht biedt in de disfunctionaliteit van processen en homeostases;

⁹ Deze werd indertijd aangeduid als ‘diagnose-behandeling-combinatie’ (DBC), een term die meer van doen had met de bekostigingssystematiek van toen en vaak verward werd met het ‘evidence-based’ zijn van interventies.

¹⁰ Vanouds opereert de forensisch deskundige hier ten lande in de sleutel van de onafhankelijke rechter en niet als partijdeskundige; deze positie is ook blijven bestaan nadat het deskundigenonderzoek toegankelijker was gemaakt voor de verdediging. Deze had en heeft immers ook baat bij de borging van de onafhankelijkheid van de deskundige. Daarnaast heeft de deskundige zich met de invoering van de forensische gedragscode (2008) ongeacht zijn opdrachtgever nadrukkelijk te houden aan kernwaarden als onafhankelijkheid en onpartijdigheid.

2. het hernieuwde besef dat wat aan fysiologische activiteiten zichtbaar gemaakt wordt altijd slechts de ene helft van de interactie met omgevingskenmerken weerspiegelt en dat de invloed van het bewustzijn op of vanuit die interactie (nog steeds) niet meetbaar is gebleken;
3. het besef dat het onderzoek naar het (dis)functioneren in delictomstandigheden niet mogelijk is aan de hand van reconstructie van die omstandigheden, laat staan dat deze replaceerbaar zouden zijn;¹¹
4. de verbreding van de vraagstelling aan de gedragsdeskundigen waarbij het bestaan en de invloed van een stoornis ten tijde van het plegen van een feit feitelijk alleen nog van belang waren bij de legitimatie van disproportionele reacties van de kant van de rechter.

De eerste twee redenen hebben betrekking op meer algemeen geldende noties. Telkens opnieuw blijken nieuwe diagnostische middelen hogere verwachtingen op te roepen dan uiteindelijk gerechtvaardigd blijkt. Elke nieuwe techniek draagt wel rond een (beperkt) aantal stoornissen geweldig veel nieuwe kennis en diagnostische zekerheden bij, maar naarmate sprake is van een minder welomschreven stoornis wordt het nieuwe diagnosticum ook minder discriminerend. Bij een zo veelzijdig sturingsorgaan als het brein geldt dit nog in versterkte mate door de functionele plasticiteit van dit orgaan. Zo kan het heel goed zijn dat focaal een duidelijke afwijking wordt aangetroffen terwijl functioneel niet gesproken kan worden van een stoornis: er zijn geen wezenlijke beperkingen, er is geen lijden. Hooguit kan men concluderen dat er een vorm van adaptatie is die minder vaak voorkomt.

Uit de beeldvormende technieken is wel veel scherper vast komen staan dat de interactie tussen de uitwendige context en de fysiologische activiteiten toch veel complexer is dan gedacht werd. Duidelijk is dat het bewustzijn als interveniërende variabele de daadwerkelijke 'black box' is gebleven en dat het bewustzijn niet gelijk is aan wat in het functioneren van de hersenen zichtbaar kan worden gemaakt. Door de bekende experimenten die zo'n vijf jaar geleden werden gedaan, kunnen we nu wel spreken van een anticiperend *prospectief* sturend bewustzijn (het subject heeft een cognitief besef van een situatie en daardoor verandert er iets in die situatie: ofwel de scheppende wilsvrijheid) en van een *retrograad* sturend bewustzijn (er verandert iets in de context en het subject creëert het cognitief besef iets veranderd te hebben: ofwel de toegeschreven keuzevrijheid). Deze variaties konden met de beeldvormende technieken zichtbaar worden gemaakt met in beide gevallen de prefrontale cortex als belangrijkste activiteitencentrum maar in duidelijk verschillende combinaties met de diverse taalcentra.

Echter ook deze bevindingen hebben forensisch geen betrouwbare methoden opgeleverd om via beeldvormend onderzoek achteraf vast te stellen of voorafgaande aan het plegen van een delict sprake was van een prospectief bewustzijn dan wel of het bewustzijn van het eigen delictgedrag meer retrograad was.

De laatste twee van de vier hierboven genoemde redenen zijn specifiek forensisch. de eerste spreekt voor zich: hoe minder uitgesproken een stoornis, des te moeilijker het is om na te gaan hoe deze doorwerkte ten tijde van het plegen van een delict. Met de beeldvormende technieken is dat, zoals al gezegd feitelijk niet meer na te gaan. Wat dat betreft is ook de dimensionale benadering van het persoonlijkheidsonderzoek en persoonlijk-

¹¹ Ook de virtuele reconstructie van delictomstandigheden waarmee enige tijd werd geëxperimenteerd door het Pieter Baan Centrum bleek geen toevoegende waarde te hebben.

heidsstoornissen na de introductie van DSM-V en vooral de opvolger DSM-VI veel vruchtbaarder gebleken. de aanzetten voor deze diagnostische benadering waren er al lang en ze zijn zelfs al terug te vinden in de eerste versie van de ‘Best practice ambulant forensisch psychologisch onderzoek’ uit 2008. Het heeft echter nog tot de 2014 versie geduurd voordat de nu algemeen gebruikte Dimensionele Functionele Diagnostiek van de persoonlijkheid (DFD-P) een eind maakte aan zowel de semantische en conceptuele spraakverwarring als aan de veel venijniger verholde tegenstellingen tussen de professionals.¹²

Concluderend kan worden gesteld dat in de ontwikkeling van het forensisch gedragsdeskundig onderzoek wel een redelijk rechte lijn te trekken valt. Het beginpunt daarvan ligt bij de werkgroep rapportage die in 1996 werd opgericht. Vanuit die werkgroep werden zogeheten rapportageformats gemaakt en onder meer via de opleiding van nieuwe forensische deskundigen verspreid. de mede daaruit voortgekomen richtlijnontwikkeling heeft, zeker na de onderbrenging daarin van de nieuwe DSM-systematiek (vanaf ForDia/03/2014) geleid tot sterke verbeteringen van de sensitiviteit en specificiteit van de gebruikte onderzoeksmethodes.

3. Ontwikkelingen in de toepassingsbreedte

Hierboven werd de beleidsnota ‘Inbreuk en Herstel’ uit 2011 genoemd als een keerpunt in het maatschappelijk denken over het reageren op overtredingen en misdrijven. Niet langer stonden genoegdoening en leedtoevoeging voorop in het sanctioneren terwijl tegelijkertijd niet teruggerepen werd op ongefundeerde maakbaarheidsillussies die een halve eeuw eerder hoogtij vierden. Integendeel, de redenering werd dat inbreuk op de rechtsorde vraagt om een preventief herstellende reactie. Deze reactie kan daarbij betrekking hebben op het wegnemen, buiten werking stellen of controleren van de mogelijke oorzaken voor nieuwe inbreuken, maar ook op activiteiten gericht op reacceptatie van de wetsovertreder. Dit bracht met zich mee dat zowel laatstgenoemde als diens sociale omgeving een inspanningsplicht kreeg.

De jaren daarvoor was, zoals eerder gezegd, deze richting al ontwikkeld via het denken over risicomanagement. Vanaf het eind van de vorige eeuw was de gestandaardiseerde risicotaxatie ontwikkeld met behulp van lijsten met risicofactoren. Deze waren bijeengebracht vanuit metastudies zonder dat er veel aandacht was voor de samenhang van de verschillende factoren en hun voorspellend gewicht in het individuele geval. Rond 2005 pakte de reclassering de veiligheidshandschoen op en trok deze instelling zich daarmee aan de eigen haren uit een in de loop der jaren erg moerassig geworden dienstverlening. Men ontwikkelde een standaardprocedure voor het in individuele gevallen inschatten van delict risico's en beïnvloedingsmogelijkheden (responsiviteit). Nadat deze procedure, RISc geheten, was ingevoerd en de gegevens systematisch werden opgeslagen ontstond de mogelijkheid van longitudinaal onderzoek dat al snel leidde tot bijstellingen van RISc. Achteraf gezien heeft deze ontwikkeling de geesten rijp gemaakt voor de herziening van het sanctiestelsel.

Daarnaast was er het element van de behandeling in detentie die vorm kreeg via de ook al genoemde indicatiestelling forensische zorg. Feitelijk hebben beide ontwikkelingen ge-

¹² Het gebruik van een begrip als ‘borderline’, dat toen wel vijf betekenissen had (en daardoor betekenisloos was) zou nu ondenkbaar zijn.

leid tot een verbreding van de vraagstelling aan de forensisch gedragsdeskundige. Het gebruik van RISc leidde tot een verbreding van de vraagstelling aan de deskundige betreffende de persoon van de verdachte. Hierbij was de vraag naar het bestaan van psychopathologie heel vaak niet meer primair aan de orde. Men wilde de persoon in kaart gebracht krijgen. Dit niet meer in termen van stoornissen of bijna-stoornissen, maar in de vorm van dimensies en potenties, vaardigheden en tekorten. de indicatiestelling forensische zorg leidde tot een verbreding van de vraagstelling van gevaarsprognose naar zorgprognose en zorgbehoefte.

In een belangrijke publicatie uit 2009 werden die ontwikkelingen verbonden met het traditionele aanknopingspunt van de rechterlijke macht voor het inschakelen van de deskundige.¹³

De door hem ontwikkelde vraagstelling maakte een einde aan de vraagstelling die Van Panhuis 15 jaar daarvoor ontwikkeld had en gaf richting aan de vormen van specialisatie van het forensisch gedragsdeskundig onderzoek, die we nu kennen.

Kort gezegd volgen die specialisaties de stappen in het hele traject van de strafrechtspleging, van opsporing en waarheidsvinding tot en met de haalbaarheid van reacceptatie binnen een bepaalde context.

Zo kennen we nu binnen de onderzoeken die vooraf gaan aan de berechting, de zogeheten opleggingsonderzoeken de volgende accenten:

1. onderzoek naar onbekende verdachten van delicten op basis van daderprofielen
2. onderzoek naar de validiteit van verdachten- en getuigenverhoren
3. onderzoek naar de het waarschijnlijkheidsgehalte van de verklaringen van verdachten en getuigen

Deze eerste drie onderzoeken worden meestal verricht door psychologen die opgeleid zijn in de criminalistiek. Dit is ook niet voor niets een aparte sectie binnen het forensische register. de onderzoeksbemiddeling verloopt ofwel via het NIFP ofwel via de Landelijke Deskundigen Makelaar. Dat is afhankelijk van wie de opdrachtgever is: de politie of het openbaar ministerie.

4. onderzoek naar de persoon van de verdachte met als deelgebieden:
 - a. onderzoek naar persoonlijkheidsdimensies en adaptaties
 - b. onderzoek naar persoonlijkheidspathologie
 - c. onderzoek naar ziekelijke stoornissen
5. onderzoek naar het delictscenario
6. risicoassessment
7. ontwikkelingsassessment

Deze onderzoeken worden doorgaans verricht door forensisch psychologen of forensisch psychiaters. In het bijzonder als sprake is van een vraag naar het bestaan van ziekelijke stoornissen worden psychiaters ingeschakeld. Al deze onderzoeken worden als vanouds bemiddeld door het NIFP.

Daarnaast zijn er tenuitvoerleggingsonderzoeken die ofwel gedragsdeskundige informatie leveren voor de voortzetting of beëindiging van overheidsbemoeienis, dan wel nadere informatie geven voor de invulling van een individueel 'herstel'-traject.

8. longitudinaal risicoassessment
9. longitudinaal ontwikkelingsassessment
10. onderzoek reacceptatie context.

¹³ M.M. Beukers, 2009.

Deze onderzoeken worden zoveel mogelijk geïntegreerd uitgevoerd en zijn volgens wet-
telijk voorschrift multidisciplinair van aard. Ze kunnen betrekking hebben op trajecten
die men vijf jaar geleden nog aangeduid zou hebben als ‘longstay’. Echter sinds de slui-
ting van die specifieke afdelingen na de ontwikkeling van de tweede generatie antichro-
nica is het in bijna alle gevallen gelukt om binnen 4 jaar tot resocialisatie te komen en
zien de reacceptatiekansen van deze groep er hoopvol uit.

4. Tot slot

Had men rond 2008 gevraagd om een terugblik te geven op de ontwikkelingen in het
daaraan voorafgaand decennium dan zou de nadruk zijn komen liggen op het beschrijven
van de voorwaarden die geleid hebben tot de zojuist aanstipte ontwikkeling in het afgelo-
pen decennium. Zo gaat dat nu eenmaal, ons retrograad bewustzijn maakt de geschiedenis
tot een lopend verhaal. Maar wat als de economische recessie die in 2013 wereldwijd de
hemel verduisterde zou hebben doorgezet? de energieoorlogen in het Midden-Oosten
(1991, 2003 en 2010) hadden al een kille schaduw vooruit geworpen en het had niet veel
gescheeld of in 2013 was een heel andere bladzijde omgeslagen.

Had men daartegen gevraagd om vooruit te kijken naar de ontwikkelingen voor de ko-
mende tien jaar dan had men misschien vanuit een prospectief sturend bewustzijn de in
deze bijdrage beschreven ontwikkelingen ‘selffulfillend’ kunnen voorspellen. Maar ja,
ook dat is praten achteraf.

*Deze bijdrage is een bewerking van de voordracht die werd gehouden ter gelegenheid
van het tienjarig bestaan van het Nederlands Register van Forensische Deskundigen in
januari 2019.*

Personalia

*Dr. W.F. van Kordelaar, psycholoog, is portefeuillehouder rapportagebemiddeling en als
zodanig lid van de directieraad NIFP*

Aangehaalde literatuur

APA 2014

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Static Manual of Mental Dimensions*
VI. Harcourt Book Publishers, San Fernando USA, 2014.

Beukers 2005

Beukers, M.M., 'Gedragsdeskundige rapportage in strafzaken. Waar liggen de grenzen?'
Strafblad, 2005, p. 488-511.

Beukers 2009

Beukers M.M., 'Om meer dan de stoornis. Naar een brede vraagstelling aan de
gedragsdeskundige in strafzaken'. Utrecht: Nederlands Instituut voor Forensische
Psychiatrie en Psychologie, 2009.

Hoogerwerf, e.a. 2008

Hoogerwerf, R. e.a. *Best practice ambulant forensisch psychologisch onderzoek bij
volwassenen*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie,
2009.

Van Kordelaar 2002

Kordelaar, W.F.J.M. van. *Beslissingsondersteuning onderzoek Geestvermogens in het strafrecht voor volwassenen*. Deventer, Kluwer, 2002.

Van Kordelaar 2003

Kordelaar, W.F. van, 'Op weg naar een Raad en Register voor Forensische Experts'. In: E. Bulten, J. Nijhuis en J. Verhagen (red.): *Geboeid door het gevangeniswezen*. Den Haag, Ministerie van Justitie, 2003.

Van Kordelaar & Bulten 2005

W.F.J.M. van Kordelaar & B.H. Bulten, 'Schakels tussen passend en gepast'. In: E.R. Muller en P.C. Vegter (red.), *Detentie*. Alphen aan de Rijn, Kluwer 2005, p. 459-491.

Van Kordelaar & Duits 2007

W.F. van Kordelaar & N. Duits, 'Kwaliteitsborging door wetgeving en registervorming. de gedragsdeskundige en het strafproces'. *Sancties* 2007-3, p. 146-160.

Van Panhuis 1994

P.J.A. van Panhuis, 'Van de gek, de wijzen en vooral de vragen ... over de Pro Justitia rapportage in het strafrecht, in: *Proces* 1994-10, p. 187-193.

Van Panhuis & Duits (red) 2008

Van Panhuis, P.J.A. & Duits, N. *Richtlijn Forensisch Psychiatrisch Onderzoek*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2008.

Sackett e.a. 2000

D.L. Sackett e.a., *Evidence-based Medicine. How to practice and teach EBM*. Edinburgh: Churchill Livingstone 2000.

Juridische implicaties van impulsief gewelddadig gedrag*

R.C. Brouwers

1. Inleiding

Het zal misschien voor de publieke opinie en voor een enkeling binnen de juridische wereld niet aangenaam zijn te vernemen dat een gedragswetenschapper weer een stoornis heeft uitgevonden die mogelijk een uitbreiding zou kunnen geven aan het bestaande tableau van strafuitsluitingsgronden. Een gevolg van de beschouwing in de dissertatie van Brouwers¹ zou immers kunnen zijn dat het daders van geweldsmisdrijven makkelijker wordt gemaakt om strafvermindering of zelfs strafuitsluiting te bepleiten; een situatie die niet erg lijkt aan te sluiten bij het huidige tijdsgewricht waarin straffen juist langer worden. Reden genoeg om hier een apart hoofdstuk te wijden aan de mogelijke juridische implicaties van Context Impulsief Gewelddadig Gedrag (of de voorgestelde Impulsief Gewelddadige Stoornis)

Ik noem twee bijzondere gronden om afzonderlijk in te gaan op de strafrechtelijke betekenis van CIGG. Ten eerste de huidige situatie wanneer een verdachte van het onderhavige impulsieve gewelddadige gedrag een beroep doet op psychische overmacht. Dan zijn er in beginsel twee mogelijkheden. In zeer uitzonderlijke omstandigheden zou de dader wellicht met succes een beroep kunnen doen op deze schulditsluitingsgrond, indien hij bij de rechter aannemelijk kan maken dat er bij hem geen stoornis bestond, en het gedrag in de beleving van de dader een (gewelddadige), maar verontschuldigbare reactie was op een door hem beleefde ernstige provocatie. de andere, meer voor de hand liggende mogelijkheid is dat het beroep op overmacht niet wordt gehonoreerd. Als er dan evenmin een stoornis wordt vastgesteld als bedoeld in art. 39 Sr, zal de rechter de verdachte in volle omvang strafrechtelijk aansprakelijk oordelen. Waar het vooral om gaat: in beide gevallen – dus: beroep op schulditsluitingsgrond aanvaard of verworpen – kan de strafzaak geen aanleiding geven tot een behandeling, die voor de betrokkene en voor de samenleving hoogst wenselijk kan zijn.

De tweede grond om apart stil te staan bij de strafrechtelijke betekenis van CIGG sluit aan bij de eerste en vindt zijn oorsprong in het gedachtegoed van de zogenoemde Moder-

* Met dank aan M.S. Groenhuijsen en T.A. de Roos.

¹ Brouwers, 2007. Naast instrumenteel geweld wordt impulsief geweld opgesplitst in twee vormen. de tijdsvorm is gebaseerd op reward-delay impulsivity en is terug te vinden bij de Periodieke Explosieve Stoornis. de contextvorm is gebaseerd op rapid-respons impulsivity en daarvoor wordt de Impulsief Gewelddadige Stoornis benoemd. Kenmerken van deze stoornis worden als volgt geformuleerd: a. overmatig (disproportioneel) gewelddadig gedrag als reactie op een provocatie; b. het gewelddadige gedrag treedt binnen korte tijd (binnen 15 tot 30 minuten) na en binnen de context van de provocatie op; c. het extreme geweld valt buiten de context van de provocatie; d. er is een logisch en minder gewelddadig alternatief voorhanden; e. er is direct voorafgaand aan en tijdens het gewelddadige gedrag geen sprake van innerlijke overwegingen en rekening houden met de consequenties en/of de context van de situatie; f. belangrijke informatie van de situatie wordt gemist of niet gebruikt. Bijvoorbeeld aanwezigheid van getuigen, overmacht of veel sterkere tegenstander; g. de persoon vertoont geen regelmatig patroon van het regelmatig toepassen van soortgelijk gewelddadig gedrag.

ne Richting in het strafrecht.² In een notendop: aan het eind van de negentiende eeuw nam een grote groep wetenschappers afstand van het dogma in de zogenaamde klassieke richting, dat inhield dat ieder misdrijf berustte op een vrije keuze van het individu. Mede door het werk van Lombroso³ werd dit indeterministische uitgangspunt verlaten en ingevuld voor het besef dat bepaalde personen niet het vermogen hebben om de verwijtbaarheid van hun gewelddadig gedrag in te zien. Deze mensen kunnen op medische gronden – later werd door anderen toegevoegd: op sociaal en/of economische gronden – hun wil niet in vrijheid bepalen. Zij zijn door inwendige (endogene) of door uitwendige (exogene) factoren gepredisposeerd tot misdadig gedrag. Volgens de deelhebbers van de Moderne Richting heeft dit invloed op de mate van schuld aan hun daad. In extreme gevallen zou dit er zelfs toe kunnen leiden dat strafrechtelijke schuld ontbreekt. Eenvoudig gezegd: ‘zij konden het niet helpen’. In ieder geval moet met deze schuldbepalende factoren rekening worden gehouden bij het kiezen van de op te leggen sanctie. Immers: zonder schuld geen straf (*nulla poena sine culpa*). Daar staat tegenover dat als een medisch probleem de oorzaak van het delict blijkt te zijn, er (eventueel afgedwongen) begeleiding of behandeling is geïndiceerd. En zo zijn we weer terug bij het centrale probleem van dit hoofdstuk. Gaat dit nu ook op voor personen bij wie CIGG vastgesteld wordt?

De kernvraag is: hoe kan eenmaal vastgesteld CIGG een rol spelen bij de strafrechtelijke beoordeling van ernstig (impulsief) gewelddadig gedrag? Onderwerp van het strafproces is de op een bepaalde tijd en plaats verrichte uiterlijk waarneembare gedraging, die in een tenlastelegging is omschreven. de verweten gedraging zal in de onderhavige gevallen doorgaans zware mishandeling (art. 302 Sr) zijn of doodslag (art. 287 Sr).

Voordat ik toekom aan een concreet antwoord op de kernvraag van dit hoofdstuk, worden enkele vooropmerkingen gemaakt over de wijze waarop in het strafrecht meer in het algemeen wordt omgegaan met een bijzondere geestesgesteldheid (een al dan niet benoembare geestelijke stoornis) als reden voor het delictueuze handelen. Niet alle geestelijke stoornissen spelen een rol in het strafproces. Om te beginnen is vereist dat aannemelijk moet zijn dat de vastgestelde geestelijke stoornis een dominante rol heeft gespeeld in de loop der gebeurtenissen die tot het geweld hebben geleid. Dat zegt overigens nog niets over de aard of de ernst van de stoornis.⁴ Zonder in te gaan op de – voor de theorie niet onbelangrijke – discussie of het achteraf (*ex tunc*) wel mogelijk is om überhaupt een stoornis vast te stellen, staat naar geldend recht vast dat een geestelijke stoornis aanleiding kan geven tot schulduitsluiting. In het Nederlandse stelsel heeft dit procesrechtelijk een vertaling gekregen binnen het vragenschema van art. 348 en 350 Sv. Nadat door de rechter is geconstateerd dat het telastegelegde feit is bewezen en het bewezenverklaarde feit ook strafbaar is, wordt in de derde materiële vraag van artikel 350 Sv expliciet aandacht besteed aan de vraag of de dader een beroep kan doen op een schulduitsluitingsgrond zoals ontoerekeningsvatbaarheid (art. 39 Sr: niet strafbaar is hij die een feit begaat dat hem wegens een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van zijn geestvermogens niet kan worden toegerekend). Het moet dan wel gaan om een nosologisch ziektebeeld of een verstandelijk defect op grond waarvan het begane feit door de rechter niet aan de verdachte kan worden toegerekend.⁵

² Groenhuijsen & Van der Landen, 1990.

³ Lombroso, 1895.

⁴ De Hullu, 2006, 326.

⁵ Kelk, 2001.

Dit leidt tot drie vragen voor de strafrechter: 1. Was er ten tijde van het begaan van het strafbare feit sprake van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens van de verdachte? 2. Zo ja, is causaal verband tussen de stoornis en het strafbare feit voldoende aannemelijk? 3. Zo ja, welk oordeel moet - gelet op de eerste twee vragen en gelet op alle omstandigheden van de casus - over de toerekening worden gegeven? de Hullu⁶ bespreekt een casus (HR 9 juni 1981, NJ 1983, 412) waarin ondanks een ernstige geestelijke stoornis (paranoïde psychose) en een causaal verband (kleinzoon steekt in paranoïde psychose grootmoeder neer) bij de derde vraag moeilijkheden rezen omdat de kleinzoon vlak voor het strafbare feit heroïne en cocaïne had gebruikt. de feitenrechter in die zaak oordeelde dat de (opbloeiende) ziekelijke stoornis aan hem zelf was te verwijten en het delict hem moest worden toegerekend. Juristen spreken in dat verband van 'culpa in causa'. de Hoge Raad sauveerde dit oordeel, omdat de verdachte verwijtbaar was komen te verkeren in een toestand van ziekelijke storing van zijn geestvermogens.

Overigens bestaat er geen eenstemmigheid over de aard of de status van het begrip (on)toerekeningsvatbaarheid. Volgens Mooij⁷ is toerekeningsvatbaarheid geen psychiatrisch begrip maar levert het psychiatrisch-psychologisch onderzoek bouwstenen op die anderen in staat moeten stellen een desbetreffende conclusie te trekken. Het gaat dan niet alleen om de thematische verbinding tussen stoornis en delict maar eveneens om de mate waarin de stoornis psychologische functies als waarnemen, interpreteren, keuze van gedrag en uitvoering daarvan beïnvloedt. Toerekeningsvatbaarheid is ook geen juridisch begrip en zou vermeden moeten worden in het strafrecht, zo betoogt Haffmans⁸ in zijn dissertatie. de term lijkt echter zo ingeburgerd dat hoewel beide disciplines er geen aanspraak op maken, die wel gebruikt blijft worden. Haffmans had overigens wel behoefte aan een richtlijn hoe de informatie te ordenen om de vragen in de verschillende stadia van het strafproces te beantwoorden. Men spreekt in dat verband wel van een 'beslissingsboom'. In later wetenschappelijk onderzoek is op deze gedachte voortgebouwd. Ik vermeld vooral het werk van Van Kordelaar,⁹ waarin belangrijke voortgang wordt geboekt op het terrein van het standaardiseren van het psychologisch en psychiatrisch feitenonderzoek in adequate interactie met de strafrechter.

2. Casuïstiek

Om de gedachten te bepalen nu eerst enkele voorbeelden die als overeenkomst lijken te hebben dat het geweld impulsief tot stand kwam, maar die per geval anders werden beoordeeld. de voorbeelden zijn zo geselecteerd dat ze zicht kunnen bieden op een aantal vaker voorkomende factoren die voor de strafrechter doorslaggevend kunnen zijn bij het accepteren of het van de hand wijzen van een beroep op een strafuitsluitingsgrond.

1. Rechtbank Rotterdam, 18 september 1997, Hof Den Haag, 12 mei 1999.

De Rechtbank te Rotterdam ontslaat een vrouw van alle rechtsvervolgning met betrekking tot doodslag van haar stiefbroer, op grond van tijdelijke ontoerekeningsvatbaarheid. Het Hof Den Haag bevestigt het ontslag van rechtsvervolgning maar nu op grond van psychische overmacht. Tijdens een hoog oplopende ruzie schopt de stiefbroer de zwangere

⁶ De Hullu, 2006, 329.

⁷ Mooij, 1998.

⁸ Haffmans, 1989.

⁹ Van Kordelaar, 2002.

vrouw hard in haar buik, scheldt haar uit en schreeuwt dat hij hoopt dat het ongeboren kind dood gaat. de vrouw herstelt zich van de trap en loopt naar de keuken, haalt een mes uit de la en steekt daarmee haar stiefbroer dood.

2. Rechtbank Zwolle, 6 juni 2006.

De Rechtbank te Zwolle veroordeelt een man tot een werkstraf en een voorwaardelijke straf van drie maanden met een proeftijd van twee jaar voor het opzettelijk mishandelen van zijn vriendin onder andere door het opzettelijk dichtknippen van haar keel. de aanleiding was dat de man ruzie kreeg met zijn vriendin over een mogelijk seksueel contact dat zij gehad zou hebben tijdens haar vakantie die hij betaald had. Op enig moment sloeg zij hem in zijn gezicht waarna hij haar beetpakte en zo een verdere escalatie ontstond. Bij haar beslissing heeft de rechtbank rekening gehouden met een blanco uittreksel uit het documentatie register en de inhoud van het rapport van de psychiater.

De volgende twee voorbeelden worden wat uitgebreider besproken omdat daaruit blijkt hoezeer de details van de context een rol spelen in de beslissing van de rechter. Het zijn twee verschillende gevallen, de casus in voorbeeld 4 is niet het hoger beroep van de casus die in voorbeeld 3 wordt beschreven!

3. Rechtbank Den Bosch, 7 februari 2005.

De Rechtbank Den Bosch ontslaat een man van rechtsvervolging voor doodslag op grond van noodweerexces.

Voorgeschiedenis: Slachtoffer was eerder veroordeeld voor doodslag met een vuurwapen en dader had eerder op slachtoffer geschoten en was daarvoor veroordeeld. Dader en slachtoffer hadden een vete omdat in het verleden het slachtoffer de dader vals beschuldigd had voor het medeplegen van doodslag met als gevolg dat dader langer in voorarrest zat dan de uiteindelijk opgelegde staf. Slachtoffer was een geoefend bokser en onder invloed van alcohol en drugs kon hij veranderen in een geheel andere persoon.

Delict: Op de dag van het gewelddadige delict was de dader in een café waar even later ook het slachtoffer binnenkwam met een vriend. Toen de vriendin van de dader hem hierop attent maakte heeft de dader getracht onmiddellijk het café te verlaten. Hij stuitte op de vriend van het slachtoffer die hem vrijwel onmiddellijk een kopstoot gaf. Dader zag dat het slachtoffer van links op hem af kwam een beweging maakte naar zijn broeksband waarop de dader zijn revolver greep en meermalen op het slachtoffer schoot.

Oordeel rechtbank: de rechtbank acht aannemelijk geworden dat de dader de confrontatie met het slachtoffer niet heeft opgezocht, het niet mogelijk was zich te onttrekken aan de confrontatie, en er sprake was van onmiddellijk dreigend gevaar. Het beroep op noodweer faalt omdat er ruimte was voor de dader om op minder vitale lichaamsdelen van het slachtoffer te schieten; overschrijding van de grenzen van de noodzakelijke verdediging. Echter de rechtbank acht aannemelijk geworden dat die overschrijding het onmiddellijke gevolg is geweest van een hevige gemoedsbeweging (dader zag eerder het slachtoffer een levensdelict plegen, slachtoffer had een wilde blik in de ogen en had, zoals uit het sectierapport bleek, cocaïne en alcohol gebruikt; dader wist dat slachtoffer het op hem gemunt had, dader wist dat slachtoffer een oud-bokser was; slachtoffer was onverwachts voor dader in het café, dader kreeg bij het verlaten van het café een kopstoot, en er angst was bij dader voor het slachtoffer door de onderlinge haatdragende situatie) en concludeert dat het beroep op noodweerexces terecht is voorgesteld.

4. Gerechtshof 's-Hertogenbosch, 28 november 2005.

Het Hof Den Bosch veroordeelt een man tot een straf van acht jaar vanwege doodslag en overtreding van de Wet wapens en munitie.

Voorgeschiedenis: slachtoffer was eerder veroordeeld wegens doodslag met een vuurwapen en dader had eerder op slachtoffer geschoten en was daarvoor veroordeeld. de verhouding tussen dader en slachtoffer was ernstig verstoord en dader was eerder door slachtoffer geslagen. Slachtoffer was een sterke man en geoeftend bokser.

Het delict: op de dag van het delict bevond dader zich in het café met zijn partner wanneer slachtoffer met enkele vrienden binnenkomt. Slachtoffer was daar vijf jaar niet geweest. Nadat zijn partner hem erop attendeert dat slachtoffer binnen is gekomen wil dader het café verlaten. Op weg naar buiten krijgt dader een kopstoot van een vriend van slachtoffer en ziet dader slachtoffer op hem afkomen. Dader ziet slachtoffer een beweging maken met zijn arm en denkt dat hij een vuurwapen trekt en wil gaan schieten. Dader denkt dat het met hem afgelopen is ('ik zag mezelf al in een kist liggen met witte bloemen erbij en mijn kinderen er omheen') en zegt in paniek te raken waarna hij in een reflex zijn wapen trekt en ononderbroken blijft afdrukken op het slachtoffer.

Oordeel van het hof: het hof acht aannemelijk dat dader zich niet aan een confrontatie met het slachtoffer kon onttrekken hoewel hij wel daartoe het voornemen had en zich in een noodweersituatie bevond. de reactie van verdachte acht het hof disproportioneel omdat minder vergaande opties open stonden zoals het schieten op niet vitale lichaamsdelen. de overschrijding van de grens van noodzakelijke verdediging is niet het onmiddellijke gevolg geweest van een hevige gemoedsbeweging door de aangegeven aanranding veroorzaakt. Integendeel, uit verklaringen van omstanders komt naar voren dat dader, doelbewust gericht, met gestrekte arm heeft geschoten. Voor noodweerecxes is geen ruimte.

Vooraf wordt hier expliciet gesteld dat iedere casus op zich staat en per geval een afweging en beoordeling plaatsvindt van alle relevante feiten. Daarbij gaat het vaak om de details. Kleine verschillen in de casuspositie kunnen tot een ogenschijnlijk totaal andere juridische beoordeling leiden. Deze voorbeelden zijn dan ook in allerlei opzichten moeilijk vergelijkbaar. In het licht van de kernvraag van dit hoofdstuk hebben ze wel één opvallend kenmerk gemeen: voor zover bekend heeft geen van deze personen voor hun impulsief gewelddadig gedrag in het kader van een opgelegde strafsancie een (gedwongen) behandeling gekregen. Opmerkelijk is voorts dat alleen in het derde voorbeeld de dader bekend lijkt te zijn met gewelddadig gedrag waarvoor hij eerder veroordeeld is geweest. Bij de andere daders blijkt niets van voorafgaande ervaringen met eigen, onvoorspelbaar fysiek gewelddadig gedrag. Het is mogelijk – ja zelfs waarschijnlijk – voor hen de eerste keer dat ze tot dergelijke agressieve handelingen zijn gekomen.

Het is evident dat de factoren die een oordeel bepalen omtrent de vereisten van proportionaliteit en subsidiariteit, in de vier genoemde voorbeelden erg verschillend zijn. Eerst een opmerking over de proportionaliteit. de provocatie van de zwangere vrouw is zeer ernstig en het leven van haar ongeboren kind is in het geding. Iedereen snapt dat dan vrij drastische middelen gebillijkt worden in de verdediging tegen die aanval. Bij het tweede voorbeeld gaat het om een ruzie. Op grond van de beschikbare gegevens wekt de casus de indruk dat het geweld disproportioneel is in verhouding tot de aanleiding. Voorbeeld drie en vier wekken de indruk dat er een forse provocatie was. de vraag is of vooral in voorbeeld twee en vier de dader in zijn gedachten de situatie erger heeft gemaakt dan die feitelijk was zoals beschreven in het vorige hoofdstuk.

Het systeem van strafuitsluitingsgronden

Het strafrecht houdt rekening in verschillende opzichten rekening met bijzondere omstandigheden van het geval, die de aansprakelijkheid van de verdachte kunnen verminderen of zelfs kunnen uitsluiten. Tot die bijzondere omstandigheden behoren onder andere heftige emoties van de verdachte, psychisch falen, en sommige elementen die de interactie tussen slachtoffer en dader betreffen (actie lokt reactie uit). de uitzonderingen op het ‘normale’ verloop van strafrechtelijke aansprakelijkheidstelling – van toerekening – zijn ondergebracht in het stelsel van strafuitsluitingsgronden (art. 39-43 Sr). Ik geef enkele hoofdlijnen van dit stelsel schetsmatig weer.

Strafuitsluitingsgronden worden onderverdeeld in rechtvaardigingsgronden en schuldsluitingsgronden. ‘Rechtvaardiging’ betekent in dit verband dat de wederrechtelijkheid van de gedraging wegvalt. In geval van ‘schuldsluiting’ blijft het gedrag wederrechtelijk, een strafbaar feit, maar wordt geen schuld (in de zin van verwijtbaarheid) van de dader aangenomen, zodat hij niet kan worden gestraft.

De oorzaak van het aannemen van een strafuitsluitingsgrond kan zowel binnen de verdachte liggen als in externe factoren. Bij ontoerekeningsvatbaarheid speelt een inwendige oorzaak, eenvoudig gezegd een gestoorde geest. Psychische overmacht daarentegen wordt gekenmerkt door een uitwendige oorzaak, waarop wordt gereageerd door een gezonde geest (art. 40 Sr: niet strafbaar is hij die een feit begaat waartoe hij door overmacht is gedrongen). Door Dolman¹⁰ is onlangs opgemerkt dat ‘alle overmacht psychisch van aard is’. Dit is een correcte vaststelling, voor zover in alle situaties van overmacht een afweging van rechtsbelangen wordt gemaakt. Niettemin moet daarnaast worden bedacht dat overmacht binnen het systeem van strafuitsluitingsgronden nader wordt onderverdeeld in subjectieve (meestal psychische) overmacht en objectieve overmacht. de objectieve overmacht wordt ook wel ‘noodtoestand’ genoemd, en bestaat uit een conflict van in beginsel gelijkwaardige rechtsplichten, waarbij de dader de zwaarste plicht voorrang heeft gegeven. Indien hiervan sprake is, is er een rechtvaardigende – en dus niet een schuldsluitende – vorm van overmacht aanwezig.

Naast ontoerekeningsvatbaarheid en overmacht kan ook de situatie van noodweer(exces) nog worden gezien. In art. 41 Sr wordt onder omstandigheden zelfs een evidente overmaat aan geweld gediscuspeerd, mits het past binnen de context van dat moment (Het artikel luidt letterlijk: 1. Niet strafbaar is hij die een feit begaat, geboden door de noodzakelijke verdediging van eigen of eens ander lijf, eerbaarheid of goed tegen ogenblikkelijke, wederrechtelijke aanranding; 2. Niet strafbaar is de overschrijding van de grenzen van noodzakelijke verdediging, indien zij het onmiddellijke gevolg is geweest van een hevige gemoedsbeweging, door de aanranding veroorzaakt). Het is nuttig om iets langer bij deze strafuitsluitingsgrond stil te staan ter voorbereiding van mijn beschouwing over CIGG. Daartoe gebruik ik een uitspraak van het Gerechtshof te Arnhem, in cassatie in stand gelaten door de Hoge Raad op 22 februari 2005, zie Borgers en Kristen.¹¹ Het hof veroordeelt een vrouw tot een straf van vijf jaar voor doodslag. Het beroep op noodweer en noodweerexces wordt niet gehonoreerd. Wel stond voor het hof vast dat er sprake is geweest van wederrechtelijke aantasting van het lijf van de vrouw, maar een verdediging als de onderhavige, te weten steken met een mes, was niet geboden. Met andere woorden: de reactie van de verdachte werd niet gezien als een proportioneel verweer tegen de aanranding. de weergave van de feiten door de verdediging is op cruciale punten niet aannemelijk geworden, aldus het hof. Zo was de aanval beperkt van aard, gelet op het tamelijk ge-

¹⁰ Dolman, 2006.

¹¹ Borgers en Kristen, 2005.

ringe letsel. Bovendien oordeelt het hof dat niet aannemelijk is geworden dat de verdachte door deze aanval voor haar leven moest vrezen. De aard van de aanval was niet zodanig dat daartegen verdediging door twee keer gericht met een mes te steken geboden was. Tot zover het beroep op noodweer. Het hof accepteert het verweer van noodweerevces evenmin. Dat er door de aanval een hevige gemoedsbeweging is ontstaan die er toe heeft geleid dat de grenzen van proportionaliteit en subsidiariteit zijn overschreden, is volgens het hof niet aannemelijk geworden. De vrouw had verklaard dat het slachtoffer nog op haar zat terwijl een getuige verklaarde dat hij juist het slachtoffer van de verdachte af had getrokken en dat hij dacht dat de rust was weergekeerd, waarna hij weer naar bed is gegaan. Het verhaal van de verdachte klopte niet met dat van de getuige. Op grond van de gepubliceerde stukken van deze zaak is het onduidelijk of de provocatie door het slachtoffer na het vertrek van de getuige daadwerkelijk voortduurde dan wel dat zulks uitsluitend *in de gedachten van de vrouw* het geval was, overeenkomstig de theorie van het vorige hoofdstuk en zij het contact met de context van dat moment verloor. Voorstelbaar is dat na een feitelijke of gepercipieerde fysieke doodsdreiging het moeilijk is het einde van de dreiging in te schatten. Bovendien is het voor personen die niet gewend zijn geweld te gebruiken moeilijk te bepalen waar je iemand moet raken om hem buiten gevecht te stellen zonder dat die het leven verliest en wordt er – daarom – al snel een overmaat aan geweld gebruikt. In de beleving van de vrouw was er blijkbaar geen getuige (criterium van CIGG) en was de provocatie nog gaande toe zij in stak op het slachtoffer.

Na deze inleidende paragrafen wordt de eerder gestelde kernvraag ten gronde besproken: hoe kan eenmaal vastgesteld CIGG een rol spelen bij de strafrechtelijke beoordeling van impulsief gewelddadig gedrag? Een verantwoorde behandeling vergt dat de strafprocesuele context steeds wordt meegenomen. Daarom is het betoog gesitueerd tegen de achtergrond van de vier materiële vragen van artikel 350 Sv.

3. CIGG en art. 350 Sv

De strafrechter komt tot een uitspraak – op de grondslag van de tenlastelegging en naar aanleiding van het onderzoek ter terechtzitting – aan de hand van het stappenplan dat is vastgelegd in art. 348 en 350 Sv. Voor het onderwerp van deze beschouwing zijn de vier zogenaamde materiële vragen van art. 350 Sv van belang. Deze luiden achtereenvolgens: 1. kan de tenlastelegging bewezen worden verklaard? 2. is het bewezenverklaarde feit te kwalificeren onder een delictsommschrijving? Zijn er rechtvaardigingsgronden die de wederrechtelijkheid van het feit wegnemen? 3. is de dader strafbaar, dat wil zeggen: zijn er schulduitsluitingsgronden van toepassing? 4. moet er een straf of maatregel worden opgelegd, en zo ja, welke?

Vooraf de opmerking dat strafuitsluitingsgronden – de schulduitsluitingsgronden daaronder begrepen – dus pas aan de orde komen als de rechter eerst het telastegelegde feit bewezen heeft verklaard.

Een bewezenverklaring in gevallen waarin CIGG aan de orde is, zal in de regel geen problemen opleveren. Het ernstige geweld is, gezien het ogenblikkelijke karakter daarvan, doorgaans gemakkelijk met wettige bewijsmiddelen te staven, vooral wanneer er getuigen bij de handeling aanwezig zijn. In het vorige hoofdstuk is uitvoerig weergegeven dat één van de kenmerken van CIGG juist gelegen is in de omstandigheid dat belangrijke informatie door de verdachte wordt gemist, zoals de aanwezigheid van getuigen.

Aparte aandacht moet nog worden besteed aan de vraag of ook het voor doodslag of zware mishandeling vereiste ‘opzet’ bewezen kan worden verklaard. Men zou immers kun-

nen menen dat in situaties van CIGG er sprake is van een wilsgebrek, dat in de weg staat aan het voor opzet vereiste ‘willens en wetens handelen’.

Die opvatting staat evenwel op gespannen voet met de jurisprudentie van de Hoge Raad. Volgens vaste rechtspraak kan het bewijs van opzet doorgaans ook worden aangenomen in geval van psychische omstandigheden bij de dader die tamelijk ver afstaan van het beeld van de rustig calculerende justitiabele. Sterker nog, volgens de cassatierechter is het bewijs van opzet slechts dan niet mogelijk ‘indien bij de dader zou blijken van een zodanig ernstige geestelijke afwijking dat aangenomen moet worden dat hij van elk inzicht in de draagwijdte van zijn gedragingen en de mogelijke gevolgen daarvan is verstoken’. de Hullu¹² tekent daarbij terecht aan dat dit bijna nooit voorkomt. In het arrest waarin de geciteerde overweging voorkomt ging het bijvoorbeeld om een ernstige storing, te weten randdebiliteit en een psychopathische reactie, maar dit stond niet in de weg aan het bewijs van opzet. Ook bij stoornissen van tijdelijke aard die men zelf veroorzaakt – zoals bij ernstige intoxicatie met alcohol of andere drugs – zal de rechter – ook al was de verdachte behoorlijk van de wereld – tot bewijs van opzet kunnen komen. de achterliggende reden van deze jurisprudentie is dat het bij opzet om een juridisch en niet om een zuiver psychologisch begrip gaat en dat opzet daarmee ook normatieve, objectiverende aspecten heeft, die de wilsvrijheid van individuele verdachten overstijgen.¹³

Na de bewezenverklaring volgt de kwalificatievraag. Aannemende dat het feit kan worden gekwalificeerd als overtreding van art. 287 of 302 Sr, moet in dat verband worden ingegaan op de aanwezigheid van rechtvaardigingsgronden bij CIGG. Daarover kan ik kort zijn. Een rechtvaardigingsgrond (rechtvaardigende overmacht of noodweer) vereist altijd zowel proportionaliteit als subsidiariteit. Aan deze vereisten wordt in de onderhavige gevallen per definitie niet voldaan. In de criteria voor CIGG is opgenomen dat er logische en minder gewelddadige alternatieven voorhanden zijn en het belangrijke kenmerk is dat het gebruikte geweld disproportioneel is in verhouding tot de aanleiding. Van rechtvaardiging kan dus geen sprake zijn.

Kan CIGG dan leiden tot schulditsluiting bij de beantwoording van de derde materiële vraag? Hoewel in beginsel alle geestelijke stoornissen in aanmerking komen, blijkt in de praktijk van de rechtspraak dat niet alle ingrijpende afwijkingen worden erkend als grondslag voor schulditsluiting. Dissociatie en culpa in causa door alcohol of drugs gebruik zijn bekende voorbeelden die geen grond vormen voor schulditsluiting. Bijkomende moeilijkheid is dat CIGG amper nog bekend is binnen de gedragswetenschappen. Het vertrekpunt voor de onderhavige beschouwing moet dus noodgedwongen de vraag zijn of het tot ontoerekeningsvatbaarheid kan leiden wanneer het in de toekomst door psychologen en psychiaters algemeen als zodanig erkend gaat worden. Met de verwijzing naar *ontoerekeningsvatbaarheid* is tevens gezegd dat de overige schulditsluitingsgronden hier minder voor de hand liggen. Overmacht niet, omdat het daarbij vooral gaat om een *van buiten komende* drang die de dader tot zijn handelen bracht. Noodweerexces niet, omdat de daarvoor vereiste ‘hevige gemoedsbeweging’ eerder wijst op een overdreven reactie van een gezonde geest dan op een mentaal defect, een stoornis waarvan sprake is bij CIGG.

Personen met een impulsief gewelddadig delict naar aanleiding van een vorm van provocatie met de criteria zoals beschreven in het vorige hoofdstuk kunnen zich onderscheiden

¹² De Hullu, 2006, 218.

¹³ vgl. de Hullu 2006, 217, die op p. 218 er nog terecht op wijst dat de Nederlandse rechter mede gelet op de mogelijke oplegging van TBS ervoor terugschrikt om wegens een geestelijke stoornis vrij te spreken.

op de factoren zoals die in de literatuur zijn gevonden (hoofdstuk 2) en waarin daders zich in het tweede onderzoek onderscheiden van een controlegroep. Omdat de criteria voor CIGG (Contextvorm – rapid-respons-, Impulsief Gewelddadige Stoornis) nauw verwant zijn aan de Periodieke Explosieve Stoornis lijkt het voor de hand te liggen daarbij aansluiting te zoeken. Het geweld bij de Periodieke Explosieve Stoornis is periodiek en bij de Impulsief Gewelddadige Stoornis incidenteel, maar bij beide is het geweld niet in verhouding tot de aanleiding.

Hoewel iedere casus op zichzelf zal worden beoordeeld, is het thans niet te verwachten dat *volledige ontoerekeningsvatbaarheid* wordt verbonden als consequentie aan een dader met een Impulsief Gewelddadige Stoornis die een impulsief gewelddadig delict pleegde als reactie op een relatief geringe aanleiding. Maar omdat een belangrijk criterium is dat geen innerlijke afweging wordt gemaakt – en een afweging in de omstandigheden van het geval eigenlijk ook niet mogelijk is – en het geweld direct wordt toegepast op het moment dat het wordt bedacht, zal het dicht tegen volledige ontoerekeningsvatbaarheid aan kunnen liggen. Het verschil met TIGG (tijdvorm; reward-delay) is dat bij TIGG het geweld veel vaker en makkelijker optreedt en de persoon er weet van heeft dat hij vlot met geweld op provocaties reageert. Juridisch betekent dit dat op een persoon die weet dat hij verkeerd kan reageren op bepaalde prikkels, een voorzorgplicht kan rusten om bepaalde situaties te vermijden. Doet hij dat niet, dan kan hem het plaatsvervangende verwijt van ‘culpa in causa’ worden gemaakt. Bij TIGG zal dus eerder volledige toerekeningsvatbaarheid of enigszins verminderd toerekeningsvatbaar worden geadviseerd. Aan deze vergelijking is nog een andere conclusie te verbinden, die betrekking heeft op de inrichting van het voorbereidend onderzoek in strafzaken. Aangezien het voor de rechterlijke beslissing van groot belang kan zijn om de precieze aard van de stoornis te weten – TIGG of CIGG – moet daaromtrent binnen het GVO uitsluitel worden verkregen. Het loont daarom de moeite om in die fase achterhalen welk soort impulsief gewelddadig gedrag aan de orde is. de vraagstelling van de rechter-commissaris aan de gedragskundige dient daar expliciet op te zijn gericht.

Om een indruk te geven zal ik nu enkele van de genoemde gevallen behandelen waarin de dader op enig moment het contact met de context verliest, het in gedachten erger maakt dan het is en daar naar handelt. Let wel dat het door mij zelf bedachte invullingen van de casusposities zijn en iedere gelijkenis met de realiteit op toeval berust. Het gaat om een soort ideaaltypische reconstructie van CIGG-verschijnselen die de zojuist bedoelde juridische exceptieve verweren kunnen invullen. In casus 1 zou de vrouw gedacht kunnen hebben na de trap in haar buik: help, mijn ongeboren kind gaat dood, straks trapt hij nog een keer, ik kan misschien nooit meer kinderen krijgen, dat nooit, ik moet hem tegenhouden, hij gaat eraan. In casus 2 zou het als volgt gegaan kunnen zijn: het begint als een ruzie over vermeende seks met een ander, maar op enig moment voelt de man zich gechanteerd door de vrouw en bedenkt dan: straks doet ze aangifte wegens poging tot aanranding, ik raak mijn baan kwijt, mijn inkomen, mijn huis, mijn toekomst is verwoest, dat nooit, ik moet haar tegenhouden. In casus 3 is de tijd tussen de kopstoot en het schieten zo kort dat er amper iets bedacht kan worden, maar in een flits bedenkt de dader dat het nu afgelopen is met hem en hier zijn leven zal eindigen, dat nooit, hij gaat eraan. In casus 4 die veel op casus 3 lijkt beschrijft de dader zelf wat hij gedacht heeft, hij zag zich al in een doodskist liggen.

Wonderlijk genoeg wordt de beoordeling gecompliceerder wanneer de uitwendige provocatie objectief ernstiger is en het gebruikte geweld wat minder fors. Het geweld is dan meer proportioneel in relatie tot de provocatie. de Impulsief Gewelddadige Stoornis kan in een dergelijke situatie door de rapporterende gedragskundige over het hoofd worden

gezien omdat het geweld meer in de context van dat moment past, en de verdachte (en zijn raadsman) de neiging kan hebben om uit te wijken naar een beroep op de subjectieve vorm van psychische overmacht. Onderscheidende criteria blijven dan dat een logisch en minder gewelddadig alternatief voorhanden was, er geen innerlijke overwegingen waren en geen rekening gehouden werd met de consequenties van het geweld en belangrijke informatie van de situatie wordt gemist.

Wanneer de kenmerken van de situatie voldoen aan de criteria die gesteld worden voor noodweer excès wordt het nog moeilijker om een Impulsief Gewelddadige Stoornis vast te stellen omdat er overlap is van vrijwel alle criteria. Over blijft nog dat de dader het contact met de context verliest en in de gedachten van de dader het nog veel erger was dan de feitelijke toch zeer bedreigende situatie. de praktische relevantie van dit probleem ligt op het terrein van de sanctiëring. Bij een gehonoreerd beroep op noodweereccès volgt een ontslag van alle rechtsvervolgning en kan geen strafsancie worden opgelegd. Als CIGG wordt geconstateerd en op basis daarvan een bepaalde mate van ontoerekeningsvatbaarheid wordt vastgesteld, kunnen daaraan wel op behandeling gerichte sancties worden verbonden. Daarover gaat de laatste paragraaf.

4. Sanctietoepassing

In het begin van dit hoofdstuk is het dilemma uiteengezet waarmee de huidige strafrechtspleging te maken heeft. Indien een dader die onder de last van CIGG heeft gehandeld naar geldend recht een beroep doet op een strafuitsluitingsgrond, zijn er twee uitkomsten mogelijk die bijna in gelijke mate onwenselijk zijn. Hetzij de rechter verwerpt het verweer, en dan volgt veroordeling tot gevangenisstraf. Of het verweer wordt aanvaard, en dan zal de verdachte worden ontslagen van rechtsvervolgning. In beide situaties blijft de dader met de stoornis zitten; behandeling in een strafrechtelijk kader is niet mogelijk.

Indien – mede op basis van dit proefschrift – CIGG als zodanig beter herkend zou worden, dan kan de Impulsief gewelddadige Stoornis als zodanig een rol gaan spelen in strafrechtelijke procedures, hetgeen er vervolgens toe kan leiden dat daders die hieraan lijden een kans krijgen om behandeld te worden. Wanneer een vorm van verminderde toerekeningsvatbaarheid wordt uitgesproken, kan dat immers op verschillende manieren leiden tot behandelingsmogelijkheden.

Zonder in detail te treden, noem ik de meest in aanmerking komende mogelijkheden. Ten eerste kan de rechter een deel van de straf voorwaardelijk opleggen, met als bijzondere voorwaarde dat de veroordeelde meewerkt aan een behandeling van zijn problemen. Ten tweede is – afhankelijk van de omstandigheden van het geval – de maatregel van plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis (art. 37 Sr) mogelijk, of de TBS. In beide settings kan behandeling van de stoornis plaatshebben.

Bij deze behandeling zijn dan een aantal aspecten van belang. Ten eerste: de factoren die in dit onderzoek zijn gevonden lenen zich voor exploratie hoe zij in een interventie toegepast zouden kunnen worden. de meest opvallende factor is de verminderde verbale intelligentie die in vele settings aangepakt kan worden en geen hoge kosten met zich meebrengt. Ten tweede is van belang hoe deze factoren ingrijpen in het proces tussen provocatie en geweld. Dit vergt nog veel studie en vooral is van belang te onderzoeken in hoeverre factoren elkaar versterken in dat proces. Ten derde is de motivatie voor behandeling bij de dader van belang voor een effectieve aanpak. Ten vierde zou de setting aangepast moeten worden aan de mate en soort van geweld en de onmiddellijke recidief kans, en minder afhankelijk moeten zijn van de juridische titel van de behandeling.

Personalia

Dr. R. C. Brouwers, psychiater, heeft ruim 12 jaar ervaring in de forensische psychiatrie. Hij is momenteel werkzaam als onderzoeker en psychiater bij Lentis, Groningen. Tevens is hij parttime rapporteur pro justitia.

Aangehaalde literatuur

Borgers & Kristen 2005

M.J. Borgers & F.H.G. Kristen, Verweren en responderen. *Delikt en Delinkwent*, nr.5, p. 568-588.

Brouwers 2007

R.C.Brouwers, *Impulsief Gewelddadig Gedrag*. Dissertatie, Universiteit van Tilburg. Nijmegen, Wolf Legal Publishers.

Dolman 2006

M.M. Dolman, *Overmacht in het stelsel van strafuitsluitingsgronden*. Dissertatie Universiteit van Amsterdam, Nijmegen, Wolf Legal Publishers.

Groenhuijsen & Van der Landen 1990

M.S. Groenhuijsen & D. van der Landen, *Moderne Richting in het Strafrecht*. Gouda Quint, Arnhem.

Haffmans, 1989

Ch. Haffmans, *de berechting van de gestoorde delinquent*. Dissertatie Universiteit van Amsterdam, Arnhem, Gouda Quint.

Hullu de 2006

J de Hullu, *Materieel Strafrecht*. Deventer, Kluwer, p. 323-333.

Kelk 2001

C. Kelk, *Studieboek Materieel Strafrecht*. Deventer, Gouda Quint, p. 250-261.

Kordelaar 2002

W.F.J.M. van Kordelaar, *Beslissingsondersteuning onderzoek geestvermogens in het strafrecht voor volwassenen*. Dissertatie Universiteit van Tilburg, Deventer, Kluwer.

Lombroso 1895

C. Lombroso, *L'Uomo Delinquente*. Milan, Hoepli.

Mooij 1998

A. Mooij, *Psychiatrie, recht en de menselijke maat*. Amsterdam, Boom, p. 91-109.

HOOFDSTUK 6

ONTWIKKELINGEN

From Badness to Illness: Forensic Psychiatry and the Problem of DSM-V*

E. Shorter

As psychiatry faces DSM-V, which is coming down the tracks like an express train, forensic psychiatry has even more difficulty than the other subspecialties because the whole DSM enterprise has proven toxic to forensics. 'DSM-IV-TR cannot be used for forensic purposes,' say two authorities.¹ The basic problem has been imposing upon forensic psychiatry diseases that don't exist, or proposing diagnostic categories that have proven unworkable and remote from the realities of forensic life. This has become evident in particular in the diagnosis 'antisocial personality.'

There is a larger process at work here. The perspectives of forensic psychiatry originated from highly moralistic views of human character. To distance the field from these perspectives, the struggle has been valiant but not entirely successful. Now, on the threshold of DSM-V, we are still confronting forensic psychiatry's not entirely adequate efforts to place the field on a scientific basis, to replace the perception of badness with the study of illness.

The diagnosis of personality disorders probably goes back to Philippe Pinel's 1801 concept of 'madness without psychosis,' *manie sans délire*, or emotional insanity, hallmarked not by psychosis but by 'a sort of instinctual fury, as though only the affective faculties had been impaired'. In Pinel's cases descriptions, it is difficult not to recognize the psychopathic personality. Pinel does not use that term, in speaking of a young man with complete disregard for the sensibilities of others, who as a boy tortured animals and from adolescence to adulthood was involved in a continual series of violent incidents. Yet, 'When he was calm, he was fully rational'. The patient ended by throwing a woman down a well, for which he was hospitalized in a mental institution.²

The concept of 'psychopathic personality' first surfaces with Julius Ludwig August Koch, director of the state asylum at Zwiefalten, Germany, in his 1888 book *Brief Guide to Psychiatry (Kurzgefasster Leitfaden der Psychiatrie)*. Koch spoke of 'psychopathic inferiorities,' among which were patients troubled by 'inborn psychopathic degeneration': 'These people appear preferentially among the sinful and wicked [Bösewichte]. But for them the transgressions are only apparently moral, in truth their wickedness is [Schlechtigkeit] of pathological nature'.³ Thus, with Koch, we have the intersection of a pathological character structure together with moral condemnation.

* We're talking about suggestions for the forthcoming edition: How it should be changed.

¹ Gopal A, Bursztajn (2007). On skepticism and tolerance in psychiatry and forensic psychiatry. *Psychiatric Times*, 24(5), 1.

² Pinel P (1809). *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, 2nd ed. Paris: Brosson, 156-157.

³ Koch JLA (1888). *Kurzgefasster Leitfaden der Psychiatrie*. Ravensburg: Dorn, 45.

Koch had a lively interest in forensic issues. He urged milder sentencing for those with pathological inferiority. Yet acute clinical judgment was needed to assess ‘the gradations between some [involuntary] inferiorities and the actions of free will between various intellectual and moral degenerates and intellectual and moral feeble-mindedness and craziness of different kinds’.⁴ This is the beginning of the true study of personality disorders in psychiatry, and simultaneously of pleading judicial clemency for those driven by an in-born character structure.

It was the great German nosologist Emil Kraepelin who gave us, in the seventh edition of his textbook in 1904, the classic portrait of the criminal psychopath, driven by a troubled character. Building on the work of Italian forensic psychiatrist Cesare Lombroso on the born criminal – as well as Eugen Bleuler’s 1896 book on the same subject – Kraepelin distinguished among a number of ‘psychopathic personalities’. Present among them was, to be sure, the ‘born criminal,’ a by now familiar figure in European forensic psychiatry. Yet Kraepelin also singled out ‘the irresolute’ (die Haltlosen) with their weakness of will, and ‘the pathological liars and swindlers’. Of these latter Kraepelin wrote, ‘These patients appear at the first impression as often especially gifted. They understand things unusually quickly, come to grips with new situations with surprising speed. They are able fluently to discourse about the most varied subjects, have heard of everything and give judgments with great confidence’. But this, said Kraepelin, is all a façade. Their social relations are a tissue of lies beneath which their true criminal intents are concealed.⁵ For all these unfortunates, Kraepelin’s prose simply breathed contempt; he himself was a man of great asceticism and personal discipline. To call these moralistic categories of character rather than scientific categories would not be an overstatement.

In the eighth edition of his textbook, in 1915, Kraepelin turned the ‘born criminal’ into ‘the antisocial,’ and here lies the true ancestor of what later became ‘the psychopath’. Kraepelin’s ‘Enemies of Society (Antisocials)’ were genuine studies in pathology: ‘easily irritated,’ ‘emotionally blunted’ (Gemütlose) ‘incapable of reform,’ spewing criminality of all kinds, and ‘without remorse.’⁶ Here was the sharpest image yet of the psychopath.

In 1923 Kurt Schneider, professor of psychiatry in Cologne and originator of the distinction between endogenous depression and reactive depression, essayed a book-length portrayal of all ‘psychopathic personalities,’ which, he insisted, were not psychiatric illnesses but ‘characterological varieties’. For criminal psychopaths, Schneider chose Kraepelin’s term ‘emotionally blunted’; he said he would have accepted ‘antisocial’ as a synonym if the term were not a sociological rather than a characterological construct. Other scholars had used such terms as ‘moral anesthesia,’ with which Schneider was in partial agreement. Yet the previous literature swam with disapproval of the moral insufficiencies of these psychopaths, he said. The condition was not a moral defect, Schneider maintained, because the outlines were already visible in childhood, in the animal torturers and expulsees from school. The condition was similar to Kraepelin’s early schizophrenics, yet they did not deteriorate. ‘We are dealing with these steel-hard individuals, who make their way “over corpses” and whose goals need not necessarily be egotistical but idealistic. An essential feature of the emotionally-blunted is their incorrigibility’. Schnei-

⁴ Ibid., 137.

⁵ Kraepelin E (1904). *Psychiatrie: Ein Lehrbuch*, 7th ed, vol. 2, Leipzig: Barth, 831-836.

⁶ Kraepelin E (1915), *Psychiatrie: Ein Lehrbuch*, 8th ed, vol. 4, part 3, Leipzig: Barth, 2076-89.

der noted the familial aggregation of cases, and said that castration might be desirable.⁷ Drawn in 1923, Schneider's portrayal of the emotionally-blunted psychopath was a chilling premonition of the psychological core of the Nazi Party.

At the outset, therefore, among the Central European professoriate, the criminal psychopath was an object of moral odium ascertained through a certain character structure.

At this point, theorizing about criminal psychopathy in Central Europe ran out of steam – indeed was brutally terminated in 1933 with the Nazi seizure of power – and research on the psychopath passed to the cross-Atlantic community. In 1930 psychologist George E. Partridge, at the Sheppard and Enoch Pratt Hospital in Baltimore, introduced the 'sociopathic personality' as a separate type in the general pool of 'psychopaths'. The sociopaths 'display long-continued mal-adjustments, and their behavior is not readily corrected and brought into the normal social pattern by any ordinary methods of education or punitive technique'. The stamp of sociopathy upon them was 'permanent.'

What characterized these sociopaths? Partridge said they 'have difficulty in acquiring permanent moods or sentiments in the social relations These persons do seem to have such a strong family resemblance one to another that it is tempting to think of them as displaying a deficiency in regard to some unit character'. Yet he was able to draw few broad strokes of the character brush. For Partridge, what defined the sociopaths was behavior, not character. Indeed, his definition was almost circular: the sociopath is one who exhibits sociopathic behavior.⁸

Partridge's work began the great shift in the study of American psychopathy from character to behavior. To be sure, the mainstream of American psychiatry, dominated in the middle third of the twentieth century by psychoanalysis, continued to study character. Yet the analysts had few forensic interests.

In the cross-Atlantic community, Aubrey Lewis, professor of psychiatry at the Maudsley Hospital in London and leading English psychiatric thinker, reverted to a Schneiderian formulation, though without mentioning the German nosologist by name. Lewis said in 1953, 'The category [of psychopathic personality] evidently embraces a particular group of people whose socially deviant behaviour arises from some non-cognitive psychological deviation [But] until the category is further defined and shown to be characterized by [a] specified abnormality of psychological functions, it will not be possible to consider those who fall within it to be unhealthy, however deviant their social behaviour'.⁹

Yet in the United States, social psychiatry was plunging the psychopath fully into the bath of pathological behavior, rather than pathological personality. In 1966, sociologist Lee Robins, at Washington University in St. Louis, in her influential study of 'Deviant Children Grown Up,' traced 'the childhood factors that appear to predict which disturbed children grow into adults with the widespread antisocial behavior characterizing the patient diagnosed [with] sociopathic personality'. She found, compared to controls, among

⁷ Schneider K (1923). *Die psychopathischen Persönlichkeiten*. Leipzig: Deuticke, 75-79.

⁸ Partridge GE (1930). Current conceptions of psychopathic personality. *American Journal of Psychiatry*, 10: 53-99.

⁹ Lewis A (1953). Health as a social concept. *British Journal of Sociology*, 4: 109-124.

previous juvenile offenders pervasive adult pathology: 'Not only were antisocial children more often arrested and imprisoned as adults, as expected, but they were more mobile geographically, had more marital difficulties, poorer occupational and economic histories, impoverished social and organizational relationships, poor Armed Service records, excessive use of alcohol, and to some extent, even poorer physical health'.¹⁰ These measures were exclusively behavioral. Psychological assessment, a delineation of character, was not attempted by the sociologist Robins.

Interestingly, Robins was a member of the Advisory Committee on Personality Disorders of DSM-III, the drastic revision of psychiatric classification published by the American Psychiatric Association in 1980. Although DSM-III harked back in many ways to the classic German literature, especially in the Kraepelinian distinction between 'schizophrenia' and 'affective disorders' (which Kraepelin called *grosso modo* 'manic-depressive illness'), its approach to disturbances of personality was resolutely behavioral. The main forensic diagnosis was 'Antisocial Personality Disorder,' of which DSM-III said there is 'a history of continuous and chronic antisocial behavior in which the rights of others are violated, persistence into adult life of a pattern of antisocial behavior that began before the age of 15,' including failure to keep a job 'or to function as a responsible parent and failure to accept social norms with respect to lawful behavior'.¹¹ It need be scarcely observed that these are exclusively behavioral criteria. Of the emotionally-blunted psychopathy of Kraepelin and Schneider, nary a word.

The DSM illness descriptions have an almost studied neutral moral valence. They are largely crime-centered.¹² The language of guilt and blame is shunned, unlike Kraepelin and the historical heavyweights. Indeed, it may be because of this desire not to cast moral aspersions that character analysis is avoided – simply because such analyses inevitably draw upon the language of norms and values. Yet praiseworthy though this lack of obvious moralizing may be (the Manual incorporates other deeply moral judgments), it is relatively useless to the forensic psychiatrist who is attempting to assess individual cases for the benefit of the court.

What guidance does this analysis give us as we look towards DSM-V? Psychologist Robert Hare has argued that Antisocial Personality Disorder (ASPD), as laid out in DSM-IV, published in 1994,¹³ represents 'a diagnostic category with good reliability [between raters] but dubious validity, a category that lacked congruence with other, well-established conceptions of psychopathy. This "construct drift" was not intentional but rather the unforeseen result of reliance on a fixed set of behavioral indicators that simply did not provide adequate coverage of the construct they were designed to measure'. In behavioral terms, 'antisocial' individuals with completely different personalities would get the same diagnosis. Hare concluded that DSM-IV contained two sets of diagnostic criteria for ASPD, one consisting of antisocial and criminal behavior, the other 'consisting of these

¹⁰ Robins L (1966). *Deviant Children Grown Up: A Sociological and Psychiatric Study of Sociopathic Personality*. Baltimore: Williams and Wilkins, 68.

¹¹ American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd ed. Washington, DC: APA, 317-318.

¹² Widiger TA, Corbitt EM (1995). Antisocial personality disorder. In Livesley WJ, ed. *The DSM-IV Personality Disorders*. New York: Guilford, 103-126.

¹³ American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. Washington, DC: APA

behaviors plus clinical inferences about personality'. In court, forensic experts might thus end up opposing each other, and both could be right. In regard to the large numbers of prisoners facing the death penalty in American prisons, Hare wrote, 'We don't know how many of these inhabitants of death row actually exhibit the personality structure of the psychopath'.¹⁴

The list of psychopathy items that Hare proposed in 1990 contained a number of the classic features of the antisocial personality, such as 'glibness/superficial charm', 'grandiose sense of self-worth,' and 'conning manipulative';¹⁵ none of these made it into DSM-IV-TR.¹⁶

Psychologist David Pilgrim goes even farther, arguing that the personality-disorders section should simply be abolished in DSM-V, being of so little use in interpreting forensic behavior. On the pathway between arrest and sentencing, a number of culturally-laden value judgments must be made before an accused ends up with a diagnosis of a personality disorder. 'The category of personality disorder,' he says, 'is not inherent to those who gain the label, but is a by-product of our professional discourse. Whether a detected child molester becomes a prisoner or a patient is a function of multi-party professional judgments. Thus, "personality disorder" is socially negotiated – it does not exist 'out there' waiting to be discovered.'¹⁷

On another occasion Pilgrim said that the whole concept of personality disorder became popular because it answered to the political needs of the moment: the need in England to stigmatize unreliable individuals during the Second World War both in combat and in duties on the home front. The psychopathic personality was, Pilgrim said, merely the extreme expression of this branding of the difficult as dangerous.¹⁸

What are we to do? Abolish the notion of psychopathy as not conforming to a natural category, or return to Kraepelin, Schneider and these comfortable German opinions that deviant character is really wickedness? There is something about these brutal, remorseless, affectless yet slick young men – and they are mostly men – that makes our skin crawl. We feel in dealing with them that we have a natural category before us, that we are cutting Nature at the joints. Yet we wish to avoid moralizing. The disease designers of DSM-V will require wisdom in sorting this one out.

Personalia

Prof. dr. Edward Shorter holds the Hannah Chair in the History of Medicine at the University of Toronto.

¹⁴ Hare RD (1996). Psychopathy and antisocial personality disorder: a case of diagnostic confusion. *Psychiatric Times*, 13 (2): 39-40.

¹⁵ Hare RD, Harpur TJ, Hakstian AR, Forth AE, Hart, SD (1990). The Revised psychopathy checklist: reliability and factor structure. *Psychological Assessment*. 2: 338-341.

¹⁶ American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed., Text Revision. Washington, DC: APA.

¹⁷ Pilgrim D (2002). Correspondence: Personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 181: 77-78.

¹⁸ Pilgrim D (2001). Disordered personalities and disordered concepts. *Journal of Mental Health*, 10: 253-265.

Indicatoren in de GGZ en de forensische zorg, nuttig en nodig!?

J.A. Swinkels

1. Inleiding

Kwaliteit in de zorg gaat over het verschil tussen wat beoogd wordt en wat uiteindelijk behaald is. Hoe kleiner dit verschil hoe meer kwaliteit wordt ervaren. Het antoniem van kwaliteit is kwantiteit, meestal objectief in een maat vast te stellen. Als je meent een goede professionele behandelaar te zijn en veel patiënten te genezen terwijl blijkt dat het merendeel van je patiënten niet beter wordt, dan is er een probleem. Kortom kwaliteit kan niet zonder normering (hoeveel patiënten worden gemiddeld beter bij een psychiater of psycholoog) en bereidheid om verantwoording te willen afleggen. Om kwaliteit van zorg te meten zijn meetbare criteria nodig, vaak percentages of ratio's met een teller en noemer, die een signalerende functie hebben, kortom indicatoren. Daarnaast zijn er normen (bijvoorbeeld een statische populatie norm of een individuele norm) nodig om die indicator een waarde te geven. Voorbeelden: de gemiddelde wachttijd is 4 weken een week langer dan de Treeknorm of het ziekenhuis heeft 4 suïcides per jaar op 100.000 opname dagen. Het is eerste voorbeeld is duidelijk het tweede is mede afhankelijk van de case mix of het te hoog of te laag is. Vaak zijn dergelijke normen nog niet beschikbaar omdat het om een gemiddelde in de populatie gaat en de daaroverheen te stellen norm nog moet worden vastgesteld.

2. Soorten indicatoren

Er wordt onderscheid gemaakt tussen uitkomst- proces en structuurindicatoren.

Uitkomst indicatoren richten zich op de uitkomsten van de zorg, zijn meestal dimensioneel van aard en geven een 'overall' beeld van zorg, vaak gebruikt om te beoordelen of de doelen gehaald zijn. Bijvoorbeeld het percentage patiënten met een depressie wat een suïcidepoging doet. Het is alleen focussen op uitkomstindicatoren kan strategisch gedrag veroorzaken als er bijvoorbeeld afgerekend wordt op het laagste suïcidepercentage door suïcidale patiënten te weren uit een praktijk of instelling. Er moet dus goed gekeken worden naar de case mix om te beoordelen of het te hoog of te laag is. Het is daarom goed om naast uitkomstindicatoren, die echt 'the proofing of the pudding' zijn, ook te kijken hoe de uitkomsten worden verkregen door procesindicatoren te gebruiken. Een procesindicator volgt een reeks gebeurtenissen tussen diagnostiek behandeling of nazorg van een patiënt. Bijvoorbeeld het percentage depressieve patiënten, dat onderzocht is op suïcidale gedachten of plannen. Procesindicatoren hebben meestal ook een dimensioneel karakter. Daarnaast bestaan er structuurindicatoren die informatie geven over de organisatie of over het aanwezig zijn van bepaalde systemen of systeem onderdelen of omstandigheden om de goede gewenste zorg te kunnen leveren. Deze zijn meestal categorieel, dus wel of niet aanwezig. Is er een document beheerssysteem. Is er een EPD? Zijn er faciliteiten om een patiënt lichamelijk te onderzoeken.

3. Het nut van indicatoren

Het maakt het gemakkelijker om de kwaliteit van de zorg te monitoren. Mits de indicator betrouwbaar is en valide. Betrouwbaar zijn de bevindingen consistent en valide meet het wat het veronderstelt te meten. Indicatoren zijn te gebruiken om externe verantwoording af te leggen aan de overheid, de inspectie, de zorgverzekeraars, het ministerie van Justitie voor de forensische zorg of de patiëntenverenigingen. Een voorbeeld waar we later uitgebreider op terugkomen is de basisset prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg 2007-2008¹ en de daarin opgenomen normen voor de Forensische settingen. Deze is bedoeld voor publieke externe verantwoording. Dit leidt vaak tot ranking van instellingen van best naar slecht. Voorbeeld is de Elsevier enquête over de gezondheidszorg. Een andere toepassing is interne sturing van kwaliteit. Benchmarking is een methode, waarbij voortdurend eigen toepassingen, processen, producten en strategieën vergeleken worden met die van binnen en buiten de eigen organisatie. Er kan gezocht worden naar ‘best practices’ die kunnen dan weer toegepast/ nagevolgd kunnen worden en getoetst. Ook worden indicatoren veel gebruikt voor sturing binnen het professioneel domein in de instelling, bijvoorbeeld de kwaliteitsindicatoren op basis van de multidisciplinaire richtlijnen. de sturing kan ook gericht worden binnen het organisatorisch domein en veiligheid. Indicatoren kunnen dus gebruikt worden voor interne kwaliteitszorg of publieke verantwoording. Erg verschillende doelen met andere effecten. Een gevaar van externe indicatoren is *ranking*, wat echt iets anders is dan *benchmarking*. Bij *ranking* worden instellingen of professionals beoordeeld op het percentage suïcides, die vervolgens in een volgorde van goed of slecht geplaatst worden. Dit heeft hele andere effecten dan *benchmarking* die zou moeten leiden tot onderling vergelijken en vragen stellen over de verschillen en het op zoek gaan naar ‘best practices’. In de praktijk lopen de processen van *ranking* en *benchmarking* helaas vaak door elkaar.

4. Indicator ontwikkeling.

Ogenschijnlijk lijkt het niet moeilijk om indicatoren te ontwikkelen maar vaak is het problematisch. Je kunt iets beogen, iets wat je nastreeft bijvoorbeeld het aantal gedwongen behandelingen terug brengen. Ontwikkel dan een indicator die dat kan meten en kijk in hoeverre je de gestelde doelen behaalt. Je kunt ook ergens aan willen voldoen, een bepaalde norm of richtlijn. Vertaal dan de kernaanbevelingen naar indicator en ga die meten. Kies nooit te veel indicatoren en zorg ervoor dat ze zo eenvoudig mogelijk verkrijgbaar zijn en kijk vooral wat al gemeten wordt. Een set bestaande indicatoren worden nader beschouwd namelijk de prestatie-indicatoren kwaliteit van de forensische zorg binnen een strafrechtelijk kader² 2007/2008. Deze set is een onderdeel van de basis set prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg 2007 en 2008. We ronden af met een korte beschouwing.

¹ Stuurgroep transparantie van zorg (2007).

² Prestatie indicatoren kwaliteit van forensische zorg binnen een strafrechtelijk kader 2007-2008. <http://www.dji.nl/inrichtingen/ip/uploads/071015145032/Prestatie-indicatoren%20FZ%20in%20strafrechtelijk%20kader%202007-2008.pdf>.

5. Indicatoren op basis van de multidisciplinaire richtlijnen.

De richtlijnen zijn basis voor een goede zorgverlening. Voor externe verantwoording zou goed zijn om per richtlijn een of twee prestatie-indicatoren vooral uitkomst indicatoren en als nodig procesindicatoren te benoemen. Hiermee kan duidelijk gemaakt worden dat er gebruik wordt gemaakt van richtlijnen. Het is de kunst een indicator te vinden die veel zegt over het hele zorgproces. Er is een eerste poging gedaan tot het maken van dergelijke indicatoren in samenspraak met de beroepsgroepen voor de multidisciplinaire richtlijnen depressie en angststoornissen.³ Deze sets zijn nog niet opgenomen de basis set prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg 2007 en 2008. Ze worden met de beroepsgroepen voor de komende jaren ontwikkeld.

6. Prestatie-indicatoren kwaliteit van forensische zorg binnen een strafrechtelijk kader 2007/2008.

Vanaf 1 januari 2008 koopt Justitie alle forensische zorg binnen een strafrechtelijk kader in. Het betreft geestelijke gezondheidszorg (waaronder verslavingszorg) en verstandelijk gehandicaptenzorg. Doordat alle forensische zorg binnen een strafrechtelijk kader is geplaatst ontstond er een behoefte aan prestatie-indicatoren om de kwaliteit van de geleverde forensische zorg inzichtelijk te maken, onderling te kunnen vergelijken (benchmarking) en om deze te kunnen borgen en of verbeteren. Alle zorgaanbieders die conform de WTZi een forensische toelating hebben, gaan op hun forensische afdeling(en) deze prestatie-indicatoren vaststellen. Voor de andere niet forensische afdelingen volgens de basisset voor de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg te registreren. de indicatoren gelden niet voor de verstandelijk gehandicaptenzorg.

7. Totstandkoming, status en rapportage

In het kader van het project Zorgbrede Transparantie is de Basisset prestatie-indicatoren voor de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg ontwikkeld. Ondanks dat deze set niet zondermeer van toepassing op de forensische zorg leek is er toch voor gekozen zo veel mogelijk aan te sluiten bij de set voor de GGZ en de verslavingszorg 2007-2008. Een aantal indicatoren zijn overgenomen en enkele toegevoegd die kenmerkend zijn voor de forensische zorg binnen een strafrechtelijk kader. Het is geen afgeronde set maar een begin. Veel registratie systemen zijn nog niet in staat deze gegevens te leveren vandaar het overzichtelijke aantal als begin. Toch is er voor gekozen deze kleine set verplicht gesteld over het verslag jaar 2007 en 2008 als proef. In deze proefperiode zal onderzocht worden of de gegevens leverbaar, relevant en betrouwbaar zijn. de prestatie-indicatoren hebben de functie van een 'maatstok' om een indicatie van de kwaliteit van de zorg te krijgen. Deze informatie is de basis voor een gesprek over de geleverde of te leveren zorg met Justitie. de prestatie-indicatoren set is nog niet bruikbaar voor de inkoop van forensische zorg. de informatie behoren de zorgaanbieders in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording te publiceren.

Voor elke prestatie-indicator is aangegeven welke zorgaanbieders dienen te rapporteren. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen de Forensisch Psychiatrische Centra (FPC's), de

³ Smolders M. e.a. 2005.

Forensisch Psychiatrische Klinieken (FPK's), de Forensisch Psychiatrische Afdelingen (FPA's) en de forensische poliklinieken.

8. De indicatorenset

We geven hier een kort overzicht van de indicatoren, welke type indicator het is en wat het veronderstelt te meten. Hoe het te meten en berekenen valt is te lezen in de set zelf. U kunt deze vinden via de verwijzing naar het internet in de literatuurlijst.

1. Verandering in het dagelijks functioneren van de cliënt, een uitkomstindicator gemeten via de GAF. de verandering in het psychisch, sociaal en maatschappelijk functioneren van de cliënt is een maat voor het bepalen van het resultaat van de behandeling die de cliënt ontvangt of heeft ontvangen. Beschrijving: het percentage cliënten per diagnosegroep, waarbij het dagelijks functioneren bij voor- en nameting: is verbeterd of is gestabiliseerd.
2. Drop out, een uitkomstindicator. Deze indicator geldt voor alle voorwaardelijke sancties. Wanneer een forensische cliënt de behandeling eenzijdig beëindigt, onttrekt deze zich daarmee aan de behandeling en aan de voorwaarden die in het vonnis gesteld zijn. Het terugvalrisico wordt hierdoor verhoogd. Beschrijving: het percentage cliënten dat hun behandeling/ begeleiding tijdens de duur van de strafrechtelijke titel eenzijdig (tegen het advies van de behandelaar) beëindigd heeft gedurende het registratiejaar, verdeeld per diagnosegroep.
3. De mate waarin screening op somatische aandoeningen plaatsvindt. Een structuur- en procesindicator. Bij psychiatrische stoornissen komen al dan niet opgemerkt (comorbide) somatische afwijkingen of stoornissen voor. Het is van belang dat comorbiditeit tijdig gesignaleerd wordt. Daarom is het wenselijk dat in ieder geval bij de cliënten in klinische zorg in samenhang met het psychiatrisch onderzoek en de behandeling routinematig een somatische screening plaatsvindt. Beschrijving: onder somatische screening wordt verstaan: een lichamelijk onderzoek verricht door een daartoe bevoegde arts binnen een maand na opname, ongeacht de opnameduur. Deze indicator bestaat uit drie onderdelen: a) Het beschikken over een standaardprocedure voor screening op somatische aandoeningen bij cliënten bij opname en langdurig opgenomen cliënten (langer dan 1 jaar). b) Het percentage cliënten dat bij aanvang van de opname in de instelling somatisch gescreend wordt volgens een vastgelegde procedure en waarbij het resultaat (schriftelijk) wordt vastgelegd. c) Het percentage langdurig opgenomen cliënten dat jaarlijks somatisch gescreend wordt volgens een vastgelegde procedure en waarbij het resultaat (schriftelijk) wordt vastgelegd.
4. Continuïteit bij verandering van zorgsoort: tijdig contact na beëindiging van de strafrechtelijke titel (facultatief). Een uitkomst indicator.
De meeste cliënten die forensische zorg binnen een strafrechtelijk kader hebben tijdig vervolgzorg nodig na beëindiging van de strafrechtelijke titel om verder herstel te bevorderen en om terugval te voorkomen. Continuïteit bij verandering van zorgsoort is een belangrijke indicator in het kader van de ketenverantwoordelijkheid.
In de forensische psychiatrie levert continuïteit van zorg een belangrijke bijdrage aan het terugdringen van recidive en terugval.
5. Wachtijd tot start behandeling. Een uitkomst indicator. de tijd die de cliënt moet wachten vanaf het moment dat de indicatie zorg is gesteld tot het moment dat de behandeling start, dient zo kort mogelijk te zijn om verergering van de stoornis te voorkomen en de kans op risicovol (delict)gedrag te verkleinen. Het is bekend dat de in-

vloed van de zorgaanbieder op de wachttijd van de cliënt soms beperkt is. Toch is het een zinvol onderwerp van gesprek. Bij gebrek aan eigen normen worden vooralsnog de Treeknormen gehanteerd. In 2000 zijn in het zogeheten Treekoverleg door ziekenhuizen, huisartsen, medisch specialisten, verzekeraars en overheid streefnormen voor wachttijden opgesteld voor niet-spoedeisende hulp. Er zijn twee typen normen:

- a. de maximaal aanvaardbare wachttijd voor iedereen
- b. de aanvaardbare wachttijd waarbinnen 80% van de patiënten toegang moet hebben gekregen.

Treeknorm toegangstijd eerste polikliniekbezoek: 80% van de patiënten moet binnen 3 weken terechtkunnen voor een eerste polikliniekbezoek. de maximale toegangstijd voor een eerste polikliniekbezoek bedraagt 4 weken.

Treeknorm wachttijd dagbehandeling of ziekenhuisopname: 80% van de patiënten moet binnen 5 weken terechtkunnen voor een dagbehandeling of ziekenhuisopname. de maximale wachttijd voor een dagbehandeling of ziekenhuisopname is 7 weken.

Beschrijving: deze indicator bestaat uit twee onderdelen:

- a) Gemiddelde wachttijd tot start behandeling. Gemiddelde wachttijd in dagen tussen datum aanmelding/ inschrijving en datum start behandeling. b) Het percentage cliënten waar de wachttijd tussen inschrijving/aanmelding en start behandeling niet langer is dan: 98 dagen voor ambulante forensische zorg 105 dagen voor klinische forensische zorg 147 dagen voor plaatsing in een forensische RIBW.
6. Evaluatie van behandel begeleiding programma's. Facultatief 2007 verplicht in 2008, een proces indicator. Aangezien de gezondheidstoestand van een cliënt kan veranderen, is evaluatie en bijstelling van het behandel- of begeleidingsplan noodzakelijk. Als dit niet gebeurt, is er een verhoogd risico op onvoldoende of inadequate zorg. Kern van de indicator is dat een behandel/begeleidingsplan tenminste 1 maal per jaar herzien moet worden als uitgangspunt van goede zorg/behandeling/begeleiding. Beschrijving: het percentage behandel/begeleidingsplannen van cliënten in de langdurende zorg dat maximaal 1 jaar oud is.
7. Nazorg. Facultatief 2008 en verplicht 2009. Mensen die forensische zorg in een strafrechtelijk kader ontvangen hebben vaak participatieproblemen op verschillende levensgebieden. Een passende dagbesteding, wonen en sociale relaties zijn de belangrijkste. Het minimaliseren van de problemen op deze gebieden zorgt voor minder terugval in psychische en psychiatrische stoornissen en in delictgedrag. Beschrijving: deze indicator bestaat uit drie onderdelen: a. Percentage waarvoor bij einde van de intramurale behandeling dagbesteding is gerealiseerd b. Percentage waarvoor bij einde van de intramurale behandeling huisvesting is gerealiseerd c. Percentage waarvoor bij einde van de intramurale behandeling een financieel begeleidingsplan is gerealiseerd.
8. Aantal delicten tijdens uitvoering van de strafrechtelijke maatregel. Uitkomst indicator, facultatief 2008 en verplicht 2009. de (psychiatrische) behandeling van cliënten in een strafrechtelijk kader vindt zijn grondslag in de strafrechtelijke uitspraak. Deze uitspraak heeft tot doel door behandeling van de stoornis de kans op herhaling van het delict tot een aanvaardbaar risico te verminderen. de kwaliteit van de forensische zorg wordt daarom mede bepaald door het aantal delicten tijdens de uitvoering van de strafrechtelijke maatregel. Het aantal delicten tijdens de maatregel wordt geteld als het aantal opgemaakte processen verbaal. In het kader van de behandeling van de cliënt zullen de processen verbaal in de regel ook in de behandeling worden betrokken.

Daarom wordt bij deze indicator niet gewacht op het onherroepelijk worden van het vonnis van het desbetreffende delict. Gerealiseerd wordt dat niet alle opgemaakte processen verbaal bekend zullen zijn bij de zorgaanbieders. Dat maakt dat terughoudendheid op zijn plaats is bij het interpreteren van deze prestatie-indicator. Beschrijving: het aantal opgemaakte processen verbaal ten aanzien van gelijkwaardige delicten of TBS-waardige delicten gepleegd door cliënten in het kalenderjaar tijdens: a. de uitvoering van de TBS-maatregel. Startdatum is het moment van opname, einddatum is de (voorwaardelijke) beëindiging van de TBS-maatregel. de periode is dus inclusief proefverlof. b. Uitvoering van overige voorwaardelijke sanctiemodaliteiten (inclusief art. 37. Sr). Startdatum is het eerste behandelcontact, einddatum is het aflopen van de strafrechtelijke titel.

9. Aantal onttrekkingen. Uitkomst indicator. Verplicht in 2008. Het zich onttrekken aan het toegestane vrijheden c.q. verlofbeleid kan een indruk geven van de kwaliteit van de risico-inschatting die voorafgaand aan het toegestane verblijf buiten de instelling is uitgevoerd door de behandelstaf. Beschrijving: deze indicator bestaat uit twee onderdelen. Het aantal cliënten dat vanaf het terrein buiten de externe beveiligingsring is weggelopen/ zich heeft onttrokken aan toezicht, onttrekking vanuit een niet beveiligde transmurale voorziening of zich tijdens toegestaan verblijf buiten de instelling heeft onttrokken.
10. Gemiddelde behandelduur. Uitkomst indicator. Voor zorgaanbieder en zorginkoper geeft de gemiddelde behandelduur een indruk van de doorlooptijd van de intra- en transmurale behandeling. de kwaliteit van de forensische zorg kan mede bepaald worden door de duur van de intra- en transmurale behandeling. Beschrijving: het aantal behandeldagen tijdens de intra- en transmurale fase van de behandeling van cliënten, geen *longstay* cliënten, die de instelling tijdens het verslagjaar hebben verlaten, uitgesplitst naar: a. Het aantal proefverloven gestart tijdens de verslagperiode vanuit intra- of transmurale capaciteit. b. Het aantal voorwaardelijke beëindigingen tijdens verslagperiode vanuit intra- of transmurale capaciteit. c. Uitstroom over verslagperiode vanuit intra- of transmurale capaciteit niet zijnde a. of b. of overplaatsingen. Gemiddelde behandeling tot start proefverlof, voorwaardelijke beëindiging en gemiddelde behandelduur tot afloop of beëindiging van de maatregel.

10. Nabeschouwing

Indicatoren zijn een manier om de kwaliteit van te leveren zorg in kaart te brengen. Door achterlopende ICT voorzieningen zal de invoering leiden tot een beperkte hoeveelheid bureaucratie leiden die onvermijdelijk is. de invoering zou kunnen worden uitgesteld, maar dit zou m.i. niet leiden verbetering van het systeem hoogstens tot uitstel. Het kiezen voor een verplichte proefperiode is om de kinderziektes eruit te halen en te werken aan verbetering en tot zinvolle uitbreiding. We moeten ons voorbereiden op nog veel meer indicatoren. Als er onderscheid gemaakt kan blijven tussen interne sturing en externe verantwoording zal deze informatie leiden tot verbetering van de zorg en zullen uiteindelijk de baten tegen de kosten opwegen. Wordt het allemaal externe verantwoording en *ranking* dan vrees ik dat het indicatoren project gedoemd is te mislukken. Maar “the proof of the pudding is in the eating” laten we gaan eten.

Personalia

Jan Swinkels is hoogleraar richtlijnontwikkeling in de gezondheidszorg. AMC/UvA, Trimbos Instituut. Correspondentieadres: postbus 75867 1070 AW Amsterdam. Email: j.a.swinkels@amc.uva.nl

Aangehaalde Literatuur
Basisset 2007/2008

Basisset prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg 2007-2008, ZN, NVvP, NVP, NIP, VenZN, IGZ, VWS. Stuurgroep transparantie van zorg.

Smolders e.a.

Smolders M, Laurant M, Wensing M., Grol R. 2005. Kwaliteitsindicatoren op basis van de multidisciplinaire richtlijnen depressie en angststoornissen. Uitgave Afdeling Kwaliteit van Zorg (WOK) UMC St Radboud Nijmegen

De prestatie-indicatoren kwaliteit van de forensische zorg binnen een strafrechtelijk kader⁴ 2007/2008. <http://www.dji.nl/inrichtingen/ip/uploads/071015145032/Prestatie-indicatoren%20FZ%20in%20strafrechtelijk%20kader%202007-2008.pdf>

⁴ Prestatie indicatoren kwaliteit van forensische zorg binnen een strafrechtelijk kader 2007-2008. <http://www.dji.nl/inrichtingen/ip/uploads/071015145032/Prestatie-indicatoren%20FZ%20in%20strafrechtelijk%20kader%202007-2008.pdf>.

Risk assessment, risk management en nieuwe ontwikkelingen binnen het forensische landschap

S. Bogaerts en M.H. Nagtegaal

Samenvatting

Waar moet de forensische psychiatrie en psychologie in 2015 staan? Op het terrein van gestructureerde risicotaxatie-instrumenten is er nog een lange weg te gaan. We pleiten voor samenwerking tussen wetenschappers en behandelaars om adequatere gestructureerde instrumenten te ontwikkelen. Naast gestructureerde instrumenten die uitspraken doen over groepen, moeten individuele trajecten van individuen meer in kaart worden gebracht en dient er in het kader van risicomangement, afstemming plaats te vinden tussen het gestructureerde professioneel oordeel en het unieke (criminele) traject van een individu. Forensische netwerkanalyses kunnen voor een meerwaarde zorgen. Het komende decennium zal in het teken staan van biologisch/psychiatrisch/psychologisch/criminologisch onderzoek in relatie tot criminaliteitsvraagstukken. Daarnaast komen nanotechnologieën om de hoek kijken. Hoever kan worden gegaan is op dit moment een black box. Of het ooit zover zal komen dat chips bij criminelen worden ingeplant zal de toekomst uitwijzen. Dit zal consequenties hebben voor de forensische psychologie en psychiatrie.

1. Inleiding

Waar moet de forensische psychiatrie en psychologie in 2015 staan? Welke nieuwe ontwikkelingen dragen bij aan een adequate diagnosestelling en risk assessment bij ernstig agressieve delinquenten om recidive te voorkomen? Hoe kunnen beveiliging en zorg/behandeling zich optimaal tot elkaar verhouden? Hoe moet de maatschappij beschermd worden tegen daders die een ernstig delict hebben gepleegd en die gevaarlijk maar ook ziek zijn? Deze vragen en nog andere zijn de laatste maanden zeer actueel en zullen in de komende jaren blijven doorspelen. In het rapport van de Commissie Visser (Kamerstukken II, 30250, 2005-2006, nrs. 4-5; aanbeveling zes) en in het rapport van de Gezondheidsraad over de behandeling van individuen met een (meestal cluster B) persoonlijkheidsstoornis, wordt geadviseerd om de bestaande risicotaxatie-instrumenten verder te ontwikkelen en meer specifiek, die factoren in kaart te brengen die recidivegevoelig zijn (dynamische factoren) tijdens onder meer de behandel fase en/of de verloffase. In beide rapporten wordt ook gewezen op het belang van risicomangement. Het streefdoel is de kwaliteit van de uitvoering van de tbs-maatregel en het verlofbeleidskader te verbeteren.

Spreeken over kwaliteit en verbetering van onder meer de uitvoering van de tbs-maatregel kan tweeledig worden opgevat. Het kan betrekking hebben op het veiligheidsaspect of het persoonlijkheidsaspect. We verklaren ons nader. In het Brabants Dagblad van 3 januari 2007 verscheen de kop: *'KLPD ontwikkelt nieuwe enkelband voor tbs'ers'*. Het gaat om terbeschikkinggestelden (tbs'ers) die op proefverlof gaan. In hetzelfde dagblad verscheen op 21 februari 2007 de kop: *'Knieslot tbs'ers tijdens verlof'*. Wanneer een tbs'er de benen wil nemen tijdens verlof en te ver van zijn begeleider verwijderd raakt, wordt hij belemmerd door een automatisch blokkerend knieslot waardoor verder lopen haast onmogelijk

wordt gemaakt. Dit zijn twee voorbeelden van beveiliging die zouden kunnen worden ingezet bij proefverloven. Echter, de kwaliteit en onderbouwing van de verlofaanvragen dienen ook te worden verbeterd. Dit betekent dat gedragsdeskundigen en psychiaters betere vakkennis moeten krijgen. Vakkennis die betrekking heeft op diagnostiek en het inschatten en beheersen van recidiverisico's.

In deze bijdrage wordt kritisch gekeken naar de kansen en limieten van risicotaxatie-instrumenten en risicomangement. Daarnaast wordt ingegaan op methoden die vandaag de dag weinig aandacht krijgen, zoals forensische netwerken die weinig worden ingezet bij het 'managen' van risico's. Het monitoren van netwerken van individuen, intra- en extramuraal, wordt in de toekomst des te belangrijker. De tbs-klinieken en de reclassering zijn betrokken bij een grootschalig project waarin forensische netwerk analyses centraal staan.

2. Gedragssuitkomst: een samengaan van persoons- en contextfactoren

De TBS-folder van de Dienst Justitiële Inrichtingen draagt de titel '*ons belangrijkste beveiligingssysteem is weten wat er in iemand omgaat*'. de vraag wat er in de psyche en het brein van iemand omgaat, is een centrale vraag bij ernstige geweldsdelinquenten die een hoog risico vormen voor specifieke of speciale recidive. Ernstige geweldsdelicten nemen de laatste tien jaar toe: het aantal misdrijven tegen het leven en de persoon (-poging tot doodslag/moord, overige misdrijven tegen het leven en dood en lichamelijk letsel door schuld) is tussen 1995-2006 meer dan verdubbeld. Feitelijke aanranding der eerbaarheid en seksuele misdrijven met uitzondering van verkrachting zijn tussen 1995-2006 toegenomen met ongeveer 30 procent, verkrachting echter is met ongeveer 10 procent gedaald.¹ Het merendeel van de patiënten in de forensische psychiatrie wordt behandeld voor (seksuele) geweldsdelicten in hun voorgeschiedenis. Patiënten met agressieproblematiek vormen een grote groep. Meer dan 90 procent van de tbs'ers heeft een ernstig geweldsdelict gepleegd waarbij in meer dan de helft van de gevallen sprake is van een of meerdere persoonlijkheidsstoornissen meestal in combinatie met een as I- stoornis. In meer dan 20 procent is er sprake van een antisociale persoonlijkheidsstoornis. Ongeveer 25 procent van de tbs'ers lijdt aan een psychotische stoornis, waarvan 19 procent gediagnosticeerd is als schizofreen en ongeveer zes procent excessief middelen gebruikt met een psychose als gevolg.

Wanneer we de vraag opnieuw hernemen wat er op het ogenblik van het plegen van een geweldsdelict in het brein en de psyche van ernstige geweldsdelinquenten omgaat, dan komen we toch vaak terecht bij factoren en verklaringsmodellen die eigenlijk als passe-partout kunnen doorgaan. Zo weten we bijvoorbeeld dat een conflict kan leiden tot fight-, flight- of freeze gedrag. Wanneer het tot agressie komt, dan kan een weloverwogen rational choice gedachte of een vreemd motief hiervoor de aanleiding zijn. Of iemand al dan niet doorslaat in agressief gedrag is wellicht het gevolg van een cocktail van psychologische, biologische en psychiatrische mechanismen, waarbij neuronale netwerken, hormonen, stress, lichamelijke gewaarwordingen, spanningen, de cognitieve bewerking van voorgaande factoren en beschikbare copingstijlen een rol spelen. Deze en nog andere factoren maken deel uit van iemands persoonlijkheidsstructuur. Deze persoonlijkheidsstructuur die we volgens de DSM-IV (APA, 2004) criteria kunnen classificeren, is bepalend voor hoe iemand signalen en gedragingen van anderen zal interpreteren en hiernaar

¹ Van der Heide & Eggen, 2007.

zal handelen. Ondanks bibliotheken vol met verklaringsmodellen en theorieën over modellen, classificaties en verklaringen van agressief gedrag, kunnen we niet anders dan vaststellen dat de menselijke psyche en brein een black box² is die gestuurd wordt door biologische factoren (dispositie tot agressie), socio-culturele factoren (interpersoonlijk geweld, negatieve attitudes tegenover anderen), situationele factoren (middenmisbruik, woede, criminogeen milieu) en ervaringen in de kindertijd (gewelddadige ouderlijke opvoedingsstijl, gebrek aan zelfvertrouwen, laag zelfbeeld, angst voor ego-inflatie, vijandigheid ten aanzien van anderen, een gebrek aan interpersoonlijke vaardigheden, angst voor intimiteit). Het probleem van integratieve biopsychosociale verklaringsmodellen van (seksueel) agressief gedrag (jaren tachtig, negentig van de vorige eeuw) is dat ze eigenlijk niet verder gekomen zijn dan het geven van macrobeschrijvingen van factoren die al dan niet in meer of mindere mate agressief gedrag kunnen veroorzaken zonder hiervoor voldoende empirische evidentie te hebben.³ We kunnen niet spreken van een causaal verband tussen stoornis en delict.⁴ Dit wil zeggen dat niet enkel persoons- en persoonlijkheidsfactoren in ogenschouw moeten worden genomen, maar dat ook contextfactoren een (belangrijke) rol van betekenis spelen.⁵ Dit brengt ons bij het C(context), M(mechanism), O(outcome) model van Pawson en Tilley.⁶ Dit model gaat uit van de veronderstelling dat gedragsuitkomsten het resultaat zijn van interferenties tussen (persoons)mechanismen en contextfactoren.⁷ ⁸Deze contextfactoren voegen een extra dimensie toe aan het veronderstelde verband tussen stoornis en delict waarmee de diagnostiek en de behandeling, maar ook de ‘public safety’ rekening dienen te houden. Dit kan ertoe leiden dat behandeling van de stoornis niet noodzakelijkerwijze leidt tot verminderd delictgevaar, maar dat de vraag moet worden gesteld welke andere probleemgebieden in het hier en nu aanwezig zijn die mogelijk fitten met de probleemgebieden in het verleden, die verband houden met het delictgevaar en die voor interventie vatbaar zijn. Naast het klassieke instrumentarium van diagnostische instrumenten en risicotaxatie-instrumenten, is er dus behoefte aan additionele instrumenten en invalshoeken waar we verder op terugkomen. Of dit te realiseren is, is nog maar de vraag. Een psychiater of psycholoog moet een uitspraak doen over de geestestoestand van een individu in het verleden ten tijde van het delict.⁹ Dit is geen sinecure omdat het stellen van een diagnose in het hier en nu al zeer moeilijk is.¹⁰

² Black box duiden we niet in Behavioristische zin dat primo vertrekt van uiterlijk waarneembaar gedrag. Met black box bedoelen we de quasi onmogelijkheid die er is om het samenspel van uiteenlopende intrapsychische en interpersoonlijke mechanismen te bevatten die ten grondslag liggen aan agressief gedrag.

³ Toch dient te worden benadrukt dat er wel degelijke deeltheorieën empirisch getoetst zijn die bijdragen aan de verklaring van diverse vormen van agressief gedrag (Bogaerts, Goethals & Vervaeke, 2003).

⁴ Uiteraard is er sprake van een samenhang tussen psychiatrische en criminele problematiek.

⁵ Silver, 2000; Philipse, 2006.

⁶ Pawson & Tilley, 1997.

⁷ Bogaerts, Poiesz & Van der Knaap, 2007.

⁸ Leeuw, Van der Knaap & Bogaerts, 2007, Van der Knaap, Leeuw, Bogaerts & Nijssen, Forthcoming.

⁹ Philipse, 2006.

¹⁰ Rassin, 2005.

3. Risk assessment en risk management

Forensische diagnostiek en risicotaxatie liggen bij tbs'ers dicht bij elkaar. Forensische diagnostiek houdt zich bezig met meetbare kenmerken, zoals onder andere de aard van persoonlijkheidsstoornissen, de mate van impulsiviteit en de ernst van de verslaving die als basismateriaal gebruikt worden voor behandeling, zorg en beveiliging en die ook gebruikt kunnen worden om het risico van toekomstig delictrecidive in te schatten.¹¹ Risicotaxatie heeft primair als doel het risico op toekomstig gevaarlijk delictgedrag te voorspellen, bijvoorbeeld in het kader van het verlenen van proefverlof of het al dan niet beëindigen van een tbs-maatregel. Risicotaxatie van toekomstig gevaarlijk gedrag heeft binnen de forensische psychologie de laatste tien jaren een ontzettende vooruitgang geboekt. Er zijn verschillende risicotaxatie-instrumenten voor volwassenen ontwikkeld en getest.¹² Sommige instrumenten zijn vanuit het buitenland vertaald (bijvoorbeeld de HCR-20), andere zijn specifiek voor de Nederlandse situatie ontwikkeld (bijvoorbeeld de HKT-30). Onderzoek naar gestructureerde risicotaxatie betekent een enorme vooruitgang in de Nederlandse forensische psychiatrische praktijk. Echter, deze gestructureerde risicotaxatie-instrumenten focussen zeer sterk op risicofactoren en besteden weinig aandacht aan beschermende factoren¹³ wat vrij recent geleid heeft tot het ontwikkelen van taxatie-instrumenten die meer nadruk leggen op beschermende factoren voor gewelddadig gedrag¹⁴ (bijvoorbeeld de START (Webster et al., 2004) en de SAPROF (De Vogel et al., 2007)). Of deze instrumenten een substantiële verklarende bijdrage zullen leveren aan toekomstig gevaarlijk gedrag zal in de toekomst moeten blijken. Een alternatief lijkt gevonden te zijn in het ontwikkelen van een integratief gestructureerd instrument dat bij een bredere groep kan worden ingezet. De Waag werkt op dit moment aan de 'Waagschaal'. Dit is een instrument dat ondermeer gebruik maakt van de belangrijkste voorspellers uit verschillende instrumenten, zoals de Level of Service Inventory-revised (LSI-r), de Historical Clinical Risk Management-20 (HCR-20), de Spousal Assault Risk Assessment (SARA), de Sexual Violence Risk-20 (SVR-20), Static-99, de Sex Offender Need Assessment Rating (SONAR), de Historisch Klinisch Toekomst-30 (HKT-30), de Violence Risk Appraisal Guide (VRAG) en de Rapid Risk Assessment of Sexual Offence Recidivism (RRASOR).

Geen enkele wetenschapper of clinicus kan tegen het integreren van 'the best of' van verschillende instrumenten zijn, zeker wanneer het instrument voor een bredere doelgroep kan worden toegepast. Dit neemt echter niet weg dat enkele belangrijke vragen moeten worden gesteld:

- (1) kunnen we eindeloos blijven doorgaan met het ontwikkelen en verbeteren van (nieuwe) instrumenten of bereiken we op zeker ogenblik een (statistische) grens?
- (2) weten we op grond van de uitkomsten van deze instrumenten voldoende over factoren die in 'real life' gemonitord moeten worden? Hier raken we aan het aspect van risicomanagement.
- (3) zijn deze instrumenten geschikt om individueel delictgevaar in te schatten? Hoe verhouden uitspraken gebaseerd op en over groepen zich tot gedrag van een individu?

¹¹ Brand & Diks, 2001.

¹² O.a. de Vogel, de Ruiter, Van Beek & Mead, 2004; Philipse, Koeter, Van der Staak & Van den Brink, 2006; Hildebrand, de Ruiter & de Vogel, 2004; de Vogel & de Ruiter, 2006.

¹³ De Vogel, de Ruiter, Bouman & de Vries Robbé, 2007.

¹⁴ Het is geen kwestie van risicofactoren of beschermende factoren, het is een kwestie van én/én.

Wat de eerste vraag betreft: de methodiek van het gestructureerd professioneel oordeel heeft een grote bijdrage geleverd aan het taxeren van toekomstig recidivegevaar, met andere woorden, deze instrumenten die eerder werden opgevoerd hebben wel degelijk een voorspellende waarde. Tegelijk is niet uit te sluiten dat een wetenschappelijke en statistische grens bereikt is. de AUC- en ROC¹⁵ waarden voor de verschillende instrumenten laten op de keper beschouwd slechts kleine verschillen zien. Bovendien en dit is belangrijk, de waarden van de AUC en ROC zijn weinig stabiel. Dit heeft meerdere redenen. de gemeten uitkomsten worden sterk bepaald door de doelgroep, de context, het recidivecriterium, de 'time at risk period' (follow-up periode), de onderzoeksopzet en de gebruikte analysetechniek. Daarnaast zijn steekproeven waarmee studies zijn uitgevoerd vrij klein en is er onvoldoende empirische evidentie dat instrumenten voldoende differentiëren naar forensische doelgroepen. Vooruitgang kan alleen worden geboekt wanneer klinieken gaan samenwerken.¹⁶ Samenwerking is vooral nodig om grotere groepen te krijgen om solider empirisch onderzoek te kunnen uitvoeren.

Een ander belangrijk punt betreft de onafhankelijke verklarende bijdrage van de in de instrumenten geselecteerde items aan de voorspelling van recidive. Statische factoren doen het zeker niet slechter dan dynamische factoren. Regressieanalyses tonen aan dat weinig dynamische factoren een voorspellende bijdrage leveren aan recidive. In het kader van gedragsbeïnvloedende maatregelen of extramuraal risicomanagement stelt zich een probleem omdat alleen dynamische factoren direct beïnvloedbaar zijn. Vanuit onderzoekspreventie en om te vermijden dat we afglijden naar slechte studies, moeten eerst randvoorwaarden voor wetenschappelijk onderzoek worden gecreëerd. Op deze manier verdergaan zal niet tot verbeteringen van instrumenten leiden, maar zal – om het met de woorden van Philipse te zeggen – uitmonden in een risicotaxatiesupermarkt.

Het antwoord op de tweede vraag is al deels beantwoord. We weten zeer weinig over dynamische factoren die in 'real life' gemanaged moeten worden. de al beschikbare kennis is onvoldoende solide en stabiel. Daarnaast is er zeer weinig kennis beschikbaar over welke factoren bij welke groepen spelen en in welke contexten. Met andere woorden, het gebruikte instrumentarium in de forensisch-psychiatrische setting biedt op dit moment weinig handvatten in het kader van behandeling en extramuraal risicomanagement. Onderzoekers en klinieken kunnen in den brede, elk op hun eigen terreintje, onderzoek doen of er kan gekozen worden voor samenwerking binnen de forensische setting waardoor verdiepend onderzoek mogelijk wordt om bestaande instrumenten te verbeteren.

Tenslotte, de antwoorden op de eerste twee vragen geven aan dat gestructureerde risicotaxaties niet altijd overeenkomen met het gedrag dat vertoond wordt door een individu. Sommige patiënten van wie een hoge kans op recidive voorspeld werd, recidiveerden niet, anderen van wie het risico op recidive lager werd ingeschat, recidiveerden wel (vals positieven en vals negatieven). Aandacht voor het individuele gedrag sluit ook geheel aan bij de voorstellen van de commissie Visser die nadruk leggen op het belang van risicofactoren en die tevens meer aandacht vragen voor individuele trajecten van individuen. Gebruik blijven maken van gestructureerde instrumenten die groepsgemiddelden en gelimiteerde statistische maten als uitgangspunt nemen¹⁷ moet blijven gebeuren, maar aan-

¹⁵ Voor meer informatie over AUC en ROC waarden verwijzen we naar de aangehaalde studies in de voetnoten 12 en 13.

¹⁶ Philipse, 2006.

¹⁷ Hiermee wordt bedoeld dat de AUC zich per definitie bevindt tussen 0 en 1, maar dat een

vulling en verdieping zijn noodzakelijk. Naast verfijning van risicotaxatie zijn ontwikkelingen zoals forensische netwerkanalyse zeer belangrijk die in combinatie met andere instrumenten, extra informatie kunnen opleveren over hoe cliënten zich in 'real life' gedragen en welke contacten ze leggen.

4. Nieuwe ontwikkelingen

Een ontwikkeling ten goede is al eerder beschreven. de laatste jaren is er een verfijning opgetreden binnen de risicotaxatie door ook beschermende factoren erbij te betrekken en niet alleen te focussen op risicofactoren. Het betrekken van beschermende factoren is ook zeer belangrijk in het kader van risicomangement. Wat de verklarende bijdrage van beschermende factoren zal zijn in toekomstig recidive, zal pas binnen enkele jaren bekend zijn.

In de praktijk van risico taxeren in de Nederlandse terbeschikkingstelling (tbs) is het moeilijk om de inzichten die gevonden zijn op groepsniveau te vertalen naar de individuele patiënt. We hebben dus te maken met twee verschillende niveaus die niet zondermeer met elkaar verbonden kunnen worden. Demografen zouden spreken over een ecologische fout¹⁸ indien dit wel zou gebeuren. Zo kan een bepaalde score op een bepaald kenmerk van een risicotaxatie instrument op groepsniveau als een hoog risico worden aangeduid, terwijl dit voor een individuele patiënt niet hoeft te gelden. Om het kenmerkende van de individuele situatie van een patiënt¹⁹ mee te nemen in de risicotaxatie, is in de periode 2003-2006 door onderzoekers en maatschappelijk werkers van enkele Tbs-klinieken de Forensisch Sociaal Netwerk Analyse (FSNA) ontwikkeld.²⁰ de FSNA methode bekijkt per individuele casus welke rol de relaties en sociale situaties hebben ten tijde van het delict, de behandeling en de toekomstige netwerk omgeving. Als uitgangspunt bij het ontwikkelen van de FSNA methode dienden de risico indicatoren van de HKT-30, de items van de PCL-R alsmede inzichten uit de Sociaal Netwerk Analyse en de dagelijkse praktijk van het Maatschappelijk Werk. Sociale netwerkanalyses zullen in de toekomst zeker ook gebruik gaan maken van beschermende factoren in de risicotaxatie.

In het najaar van 2007 is een tweejarig landelijk FSNA project gestart waarbij alle maatschappelijk werkers van alle tbs-klinieken en reclasseringsmedewerkers de FSNA methode gaan toepassen in hun instelling en praktijk. Tevens wordt een promotie voorbereid over deze methode.²¹ de FSNA methode is een nieuw instrument voor het tbs-veld. Op dit moment wordt het nut van deze methode onderzocht voor de risicotaxatie en het risicomangement van de tbs-patiënt. Bovendien zal de verkregen informatie uit de FSNA onderzoeken ons helpen inzicht te krijgen in de processen die zich afspelen in het sociale netwerk van de patiënt door de tijd heen. Tot op heden is hier nauwelijks onderzoek naar gedaan. Voor het risicomangement van de tbs-patiënt is het van belang om inzicht te krijgen in welke dynamische (veranderbare) netwerkvariabelen van invloed zijn op het

AUC-score van 0 of 1 misschien wel een statistische zekerheid aangeeft die helemaal niet overeenstemt met de werkelijkheid en de context waarin de persoon zich op dat moment bevindt.

¹⁸ Bevindingen transponeren van groepsniveau naar individueel niveau.

¹⁹ Bogaerts, Daalder & Essers, 2005.

²⁰ Marinus Spreen kan worden gezien als de grondlegger van deze methode in Nederland.

²¹ De uitvoering van dit project wordt gecoördineerd door Marinus Spreen (Van Mesdagkliniek) en Lydia Pomp (EFP). de aangehaalde paragraaf komt ook deels uit het onderzoeksplan. Bij het proefschrift zijn prof. dr. Beate Völker en prof. dr. Stefan Bogaerts betrokken.

gedrag van de tbs-patiënt. In de toekomst zal deze kennis kunnen leiden tot het toepassen van gerichte sociale interventies.

Tenslotte, biologische en neurologische factoren in relatie tot ernstig (impulsief) crimineel gedrag moeten in de toekomst meer aandacht krijgen en waar mogelijk geïntegreerd worden in het vraagstuk over risicotaxatie. de kennis over de werking van hersenen is dankzij nieuwe technieken zoals de fMRI toegenomen. Het belang van biologisch en neurologisch onderzoek reikt verder dan risicotaxatie en kan op termijn ook antwoorden geven op vragen die te maken hebben met ontstaansgronden van crimineel gedrag. Naast psychologische sociale en socio-culturele risico- en beschermende factoren van crimineel gedrag, zijn er ook biologische factoren die een rol spelen. Hoe deze factoren zich verhouden tot elkaar, is nog niet duidelijk. Meer dan tien jaar geleden werd al aandacht besteed aan biopsychosociale verklaringsmodellen. Theoretisch werden mooie plaatjes gemaakt, hoewel niet altijd even goed onderbouwd. Empirisch konden deze integratieve frameworks nauwelijks worden getest.²² de ontwikkelingen in het (neuro)biologisch onderzoek zullen gevolgen hebben voor het ontwikkelen van onder meer diagnostiek en justitiële interventies. Nieuwe kennis over de werking van hersenen zal ons bijkomende inzichten geven over antisociaal gedrag en criminaliteitspreventie.

5. Tot slot

In de inleiding werd de vraag gesteld waar de forensische psychiatrie en psychologie in 2010 zou moeten staan? Er moet een rem gezet worden op de manier hoe vandaag met het ontwikkelen van gestructureerde risicotaxatie-instrumenten wordt omgegaan. Er moet worden nagedacht over faciliterende randvoorwaarden (steekproefgrootte, heterogeniteit van groepen, keuze van factoren, et cetera) die toekomstig onderzoek ten goede zullen komen. We denken dan vooral aan samenwerking tussen wetenschappers en het forensische veld. Instrumenten die uitspraken doen over groepen moeten gekoppeld worden aan individuele trajecten van individuen in real life. Forensische netwerkanalyses kunnen sociale gedragingen in kaart brengen. In het komende decennium zal biologisch/psychologisch/criminologisch onderzoek in relatie tot criminaliteitsvraagstukken aan bod moeten komen zonder af te glijden naar een naïeve discours,- daar is niemand mee gediend. Op 14 december 2007 werd door het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie in opdracht van het Ministerie van Justitie een expertmeeting georganiseerd over libidoremmende medicatie bij de behandeling van zedendelinquenten in Nederland. de uitkomst van deze meeting was dat libidoremmende medicatie nooit geneest, veel nevenwerkingen als gevolg heeft en het onduidelijk is welke medicatie aan welk individu moet worden gegeven. Bovendien zijn er tal van ethische, medische en juridische kwesties die moeten worden getackeld.

Criminelen vangen nog voor ze een strafbaar feit hebben begaan, zou op het eerste zicht ideaal lijken. Maar er zijn grenzen aan toepassingen. Visioenen en dromen als risicotaxatie-instrumenten gebruiken, zoals in de film *Minority Report* gebeurt, kunnen we beter niet doen. Aan de andere kant van de 'lijn der mogelijkheden' kunnen nanotechnologieën worden ingezet. Een voorbeeld hiervan is het implanteren van bijvoorbeeld intelligente chips in het menselijk lichaam. Chips genezen niet, maar kunnen wel helpen bij het detecteren waar iemand zich bevindt of welke fysiologische reacties er zijn. Misschien komen er wel binnen enkele decennia chips of andere technologieën op de markt die wel

²² Bogaerts, Goethals & Vervaeke, 2003; Bogaerts, Vervaeke & Goethals, 2004.

genezen, je weet maar nooit. Deze ontwikkelingen zullen in meer of mindere mate consequenties hebben voor de forensische psychologie en psychiatrie en zullen aanleiding geven tot medische, ethische en juridische vraagstukken.

Personalia

Prof. dr. Stefan Bogaerts is hoogleraar forensische psychologie aan de Universiteit van Tilburg en doceert gerechtelijke geestelijke gezondheidszorg en vraagstukken uit de penologische en forensische hulpverlening aan de Katholieke Universiteit van Leuven. Daarnaast is hij afdelingshoofd en plaatsvervangend directeur bij het Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatie Centrum van het Ministerie van Justitie in Nederland.

Drs. Marleen Nagtegaal is onderzoeker bij het Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatie Centrum van het Ministerie van Justitie in Nederland en betrokken bij onderzoeken naar TBS en forensische vraagstukken.

Aangehaalde literatuur

Bogaerts, Goethals & Vervaeke, 2003

S. Bogaerts, J. Goethals & G. Vervaeke, de *verleiding uit onvermogen*. Interpersoonlijke factoren en pedoseksualiteit, 2003, Leuven: Universitaire Pers Leuven.

Bogaerts, Vervaeke & Goethals, 2004

S. Bogaerts, G. Vervaeke. & J. Goethals, A Comparison of Relational Attitude and Personality Disorders in the Explanation of Child Molestation. *Sexual Abuse: A journal of Research and Treatment*, 2004, 16, p. 37-47.

Bogaerts, Daalder & Essers, 2005

S. Bogaerts, A. Daalder. & A.Essers, interpersoonlijke factoren en criminaliteit: de onzin van attitudeonderzoek. *Justitiële Verkenningen*, 2005, 31, p. 58-74.

Bogaerts, Poiesz & Van der Knaap, 2007

S. Bogaerts, T. Poiesz, & L. Van der Knaap, Voorkoming en reductie van criminaliteit: te weinig aandacht voor gedragscomponenten. *Tijdschrift voor veiligheid*, 2007,6, p. 51-53.

Brabrants Dagblad, 2007

Brabrants Dagblad, 21 februari 2007. Knieslottbs'ers tijdens verlof.

Brabants Dagblad, 2007

Brabrants Dagblad, 3 januari 2007. KLPD ontwikkelt nieuwe enkelband voor tbs'ers.

Brand & Diks 2001

E.F.J.M. Brand & G.J.M. Diks, Richtlijnen voor risicotaxatie in de forensische diagnostiek: theorie en praktijk. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2006, 43, p. 693-704.

De Vogel e.a. 2004

V. de Vogel, C. de Ruiter, D. van Beek & G. Mead, Predictive Validity of the SVR-20 and Static-99 in a Dutch Sample of Treated Sex Offenders. *Law and Human Behavior*, 2004, 28, p. 235-251.

De Vogel & de Ruiter, 2006

V. de Vogel & C. de Ruiter, Structured professional judgment of violence risk in forensic clinical practice: A prospective study into the predictive validity of the Dutch HCR-20. *Psychology, Crime and Law* 2006, 12, p. 321-336.

De Vogel e.a. 2007

V. de Vogel, C. de Ruiter, Y. Bouman & M. de Vries Robbé, *SAPROF: Richtlijnen voor het beoordelen van beschermende factoren voor gewelddadig gedrag*, Utrecht: Forum Educatief.

Emmerik van & Diks, 1999

J.L. Emmerik & G.J.M. Diks, de *Terbeschikkingstelling in maat en getal. Deel A. Populatiebeschrijving*. Utrecht: Dr. F.S. Meijers Instituut, afdeling Monitoring & Research, 1999.

Hildebrand, de Ruiter & de Vogel, 2004

M. Hildebrand, C. de Ruiter & V. de Vogel, Psychopathy and Sexual Deviance in Treated Rapists: Association With Sexual and Nonsexual Recidivism. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 2006, 16, p. 1-24.

Leeuw, Van der Knaap & Bogaerts, 2007.

F. Leeuw, L. van der Knaap, S. Bogaerts, Reducing the knowledge-practice gap: an example of an evaluation synthesis in criminal policy. *Public Money and Management*, 2007, June, p. 245-250.

Pawson & Tilley, 1997

R. Pawson & N. Tilley, *Realistic Evaluation*. Sage: London.

Philipse, 2006

M. Philipse, 'Evidence based practice' in de tbs Maatschappelijke aspiraties versus empirische realiteit. *Pedagogiek* 2006, 3, p. 274-290.

Philipse e.a. 2006

M.W.G. Philipse, M.W.J. Koeter, C.P.F. van der Staak & W. van den Brink, Static and Dynamic Patient Characteristics as Predictors of Criminal Recidivism: A Prospective Study in a Dutch Forensic Psychiatric Sample. *Law and Human Behavior*, 2006, 30, p. 309-327.

Rassin, 2005

E. Rassin, Oneigenlijke beïnvloeding, onmogelijke onderzoeksopdrachten, ontkennende verdachten en onscherpe diagnoses. Enkele tbs-gerelateerde problemen. de *Psycholoog* 2005, 40, p. 378-384.

Silver, 2001

E. Silver, Race, neighborhood disadvantage, and violence among persons with mental disorders: the importance of contextual measurement. *Law and Human Behavior* 2001, 24, p. 449-456.

Van der Heide & Eggen, 2007

W. Van der Heide & A.Th.J. Eggen (red.), *Criminaliteit en rechtshandhaving 2006. Ontwikkeling en samenhangen*. WODC/CBS, Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2007.

Van der Knaap e.a. Forthcoming

L. van der Knaap, L. Leeuw, S. Bogaerts & L. Nijssen, Evaluating Programs preventing violence: What works and Why? Combining Campbell Standards an the Realist Evaluation approach. *American Journal of Evaluation*, forthcoming 2008.

Chronische PTSS bij slachtoffers van misdrijven en huiselijk geweld: Nieuwe evidentiegebaseerde ontwikkelingen

*F.W. Winkel, A. Baldry, K. Kuijpers en A. Pemberton**

1. Inleiding

De post traumatische stress stoornis (PTSS) werd in 1980 in de DSM – het diagnostisch en statistisch handboek van de American Psychiatric Association – geïntroduceerd. Dat heeft geresulteerd in een gigantische stroom van, merendeels symptoomgericht, onderzoek. De officiële erkenning van PTSS is ook voor de victimologie van groot belang. In de afgelopen decennia heeft de emotionele hulpverlening aan slachtoffers van misdrijven een enorme vlucht genomen. Chronische PTSS is een belangrijke indicator voor een behoefte aan emotionele hulp: slachtoffers met chronische PTSS komen het gebeurde kennelijk noch op eigen kracht, noch met steun van hun sociale netwerk te boven. Prospectief onderzoek suggereert dat tussen de 10 en 15 % van de slachtoffers van misdrijven chronische post traumatische klachten ontwikkelt. Hoewel het overgrote deel van de slachtoffers van misdrijven kennelijk geen hardnekkige verwerkingsproblemen ervaart, gaat het jaarlijks toch om een volle Amsterdam Arena aan slachtoffers met een evidente hulpbehoefte. Daarop wordt nog te vaak niet, of niet adequaat gereageerd in de praktijk van de politieke verwijzing (Winkel, Spapens, Letschert, Groenhuijsen, & Van Dijk, 2006) en hulpverlening in brede zin¹ (Groenhuijsen, 2007; Van Dijk, Groenhuijsen, & Winkel, 2007). Dat is opmerkelijk in het licht van het feit dat we inmiddels beschikken over diverse, ook door leken hanteerbare, empirisch gevalideerde risicotaxatie-instrumenten, waarmee die hulpbehoefte in een zeer vroegtijdig stadium, bij voorbeeld al bij aangifte, kan worden geïdentificeerd.

In deze bijdrage gaan we beknopt² in op een aantal nieuwe inzichten die het meer recente PTSS onderzoek van de afgelopen 10 jaar heeft opgeleverd. Thematisch gaat het daarbij om *nieuwe* inzichten over

- ♦ De pathogene mechanismen die aan het ontwikkelen van chronische PTSS ten grondslag liggen. Naar onze mening ligt de PTSS in conceptueel opzicht dichter bij de paniekstoornis, dan bij een fobisch reactiepatroon;
- ♦ De aard van de emotionele problemen waarmee slachtoffers met chronische PTSS kampen. PTSS maakt in de DSM-context deel uit van de angststoornissen. Dat suggereert nadrukkelijk dat het bij PTSS bij uitstek om een ontregeling van het angstsysteem gaat. Dat is naar onze mening, zowel theoretisch als in empirisch opzicht, een misvatting.

* Wij zijn de Stichting Achmea Slachtoffer en Samenleving erkentelijk voor het financieel ondersteunen van het Intervict project risicotaxatie bij huiselijk geweld.

¹ Slachtofferhulp en GGZ.

² Voor een meer gedetailleerd overzicht van het bedoelde onderzoek verwijzen we naar Baldry & Winkel (2008), en Winkel (2007).

- ♦ De ‘richting’ van het verband tussen PTSS en (herhaald) slachtofferschap. Het overgrote deel van het victimologische en psychotraumatologische onderzoek is ‘*cross-sectioneel*’ van opzet. Men is door de bank genomen sterk geneigd geïdentificeerde verbanden tussen slachtofferschap en ‘psychologische uitkomstmaten’ eenzijdig, dat wil zeggen op de meest voor de hand liggende manier, te duiden. Prospectief (panel)onderzoek suggereert dat ook andere, en meer verrassende duidingen – bij voorbeeld, in de sfeer van de omgekeerde causaliteit – denkbaar zijn.

2. Pathogene mechanismen

Over de pathogene mechanismen die aan het ontwikkelen van chronische PTSS ten grondslag liggen bestaan nog steeds grote verschillen van mening. Twee veelvuldig, vooral ook in klassieke tekstboeken, gesuggereerde mechanismen berusten onzes inziens vooral op hardnekkige misverstanden. Het betreft enerzijds de notie dat het te boven komen van chronische PTSS gezien moet worden als een proces waarbij men cognitieve inconsistentie tracht te verminderen, anderzijds de idee dat vooral suppressie (vermijding) aan het ontstaan van PTSS ten grondslag ligt.

Cognitieve inconsistentie (invalidering) vormt het hart van het SA-model,³ ontwikkeld door de sociaal psychologe Janoff-Bulman. Slachtofferschap wordt daarin vooral opgevat als een uiterst krachtige vorm van persoonlijke negatieve feedback die haaks staat op premorbide, doorgaans nogal impliciete, positieve opvattingen over het zelf, anderen en de wereld, de zogenaamde ‘cognitieve triade’⁴. Recent, prospectief onderzoek suggereert echter nadrukkelijk dat die inconsistentie in casu doorgaans ‘spontaan’ verdwijnt, en vrijwel automatisch wordt gevolgd door ‘cognitieve drift’, een term gemunt door de sociaal-psychologe Taylor. Veeleer ligt aan chronische PTSS selectieve informatieverwerking ten grondslag, in de zin dat slachtoffers met eerdere negatieve opvattingen sterker geneigd zijn inkomende negatieve feedback (bij voorbeeld slachtofferschap) negatief te vertekenen. Bij hun tegenhangers – slachtoffers met premorbide positieve opvattingen – is een gespiegeld patroon zichtbaar, dat wil zeggen zij zijn sterker geneigd negatieve feedback positief te vertekenen. Pathologie lijkt met andere woorden minder samen te hangen met inconsistentie op zich, maar juist vooral met een krachtige *validering* van reeds bestaande bange vermoedens over de onveiligheid van de wereld en over het eigen onvermogen daarmee effectief om te gaan, en van een al bestaand wantrouwen van anderen.

Langdurige, begeleide blootstelling aan traumatische herinneringen wordt veelvuldig getypeerd als een (en zelfs, het meest geschikte) therapeutische tegengif. Daaraan ligt de idee ten grondslag dat feitelijke of mentale vermijding en emotionele suppressie bij uitstek de pathogene mechanismen zijn die aan het ontwikkelen van chronische PTSS ten grondslag liggen. Naar onze mening gaat het bij suppressie veeleer om een risicofactor die een gestoord verwerkingsproces vertraagt, doch niet veroorzaakt. Het averechtse effect van de instructie om niet aan witte beren te denken – een vaak gehanteerde experimentele operationalisatie van (cognitieve) suppressie – is inderdaad veelvuldig in het laboratorium gerepliceerd. Dat sluit echter helemaal niet uit dat suppressie bij getraumatise-

³ SAM: Shattered Assumptions Model

⁴ De achterliggende hypothese is dat die opvattingen onderling sterk correleren. Die samenhang is zowel zichtbaar bij negatieve, als bij positieve opvattingen. Mensen met positieve opvattingen over het zelf hebben doorgaans ook meer positieve opvattingen over anderen en de wereld (interne cognitieve consistentie).

seerden niet meer is dan een tamelijk normale reactie op emotionele intrusies, op impliciet of expliciet geactiveerde traumatische herinneringen. Een indicator is met andere woorden niet noodzakelijk ook een oorzaak van die stoornis.

Het meer recente empirische onderzoek suggereert nadrukkelijk dat *niet* cognitieve inconsistentie, maar cognitieve validering het cognitieve verwerkingsproces blokkeert (cognitieve blokkade). Eveneens suggereert dat onderzoek dat *niet* emotionele suppressie, maar emotionele validering⁵ het emotionele verwerkingsproces doet stagneren (emotionele blokkade; zie figuur 1).

<i>Aard Stagnatie Verwerking</i>	<i>Pathogeen mechanisme</i>	
	Traditioneel:	Recente evidentie:
Cognitieve blokkade	Cognitieve inconsistentie	Cognitieve validering / Selectieve verwerking
Emotionele blokkade	Emotionele suppressie	Emotionele validering / 'trait-state-parity'

Figuur 1: Pathogene mechanismen achter chronische PTSS

Samenvattend lijkt er in theoretisch opzicht groeiend bewijs voor een vatbaarheidsmodel,⁶ dat pathologie in verband brengt met een beschadigd of disfunctionerend immuunsysteem. Het vatbaarheidsmodel suggereert dat selectieve (vooral negatief vertekende) cognitieve en emotionele verwerking de pathogene sleutel vormen. Het model omvat 3 deelhypothesen, namelijk:

- ♦ *Veranker*ing: het gaat bij PTSS om een cognitieve en emotionele toestand die verankerd is in intrapersoonlijke trekken, waaronder neuroticisme, negatieve emotionaliteit (emotionele trekken), rumineren en een pessimistische levensoriëntatie (cognitieve trekken);
- ♦ *Hypertoe*gankelijkheid: extinctie is een intrinsiek kenmerk van toestanden. Een traumatische toestand onderscheidt zich van normale toestanden door de afwezigheid van extinctie, en derhalve de aanwezigheid van blokkades en perseveratie. Hypertoe­gankelijkheid van emotionele herinneringen is een indicator van geblokkeerde emotionele verwerking, en
- ♦ *Valide*ring: perseveratie wordt veroorzaakt door (cognitieve en emotionele) validering. Validering⁷ is geassocieerd met een *negatief vertekende* verwerking van de ne-

⁵ In termen van opgewekte negatieve emoties (angst, woede) kan blootstelling aan een traumatische stressor worden opgevat als blootstelling aan negatieve emotionele feedback. Van validering is sprake wanneer die feedback in het verlengde ligt van premorbide emotionele trekken (angst en woede als trek) van het slachtoffer. Wanneer die trek niet of laag aanwezig is, is sprake van emotionele invalidering.

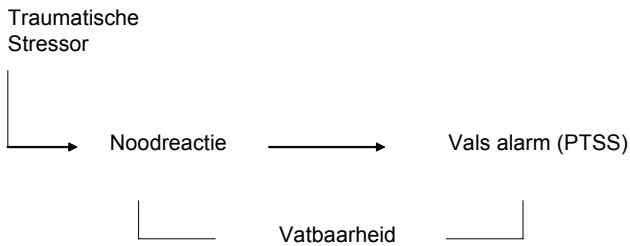
⁶ Een veerkracht-vatbaarheidsmodel, dat in Engelse teksten werd aangeduid met *Resus*-model, een shortcut voor *Resilience – Susceptibility*-model. We laten veerkracht als intrapersoonlijke protectieve factor hier verder buiten beschouwing.

⁷ Invalidering is geassocieerd met een positief vertekende verwerking.

gatief-cognitieve en de negatief-emotionele feedback, die besloten ligt in de traumatische stressor.

PTSS en woede

In de DSM maakt PTSS deel uit van de angststoornissen. Dat suggereert nadrukkelijk dat angst de kernemotie van de stoornis is. Het stereotype beeld is inderdaad dat slachtoffers met chronische PTSS vooral doordrenkt zijn van angst, vrees, afschuw en hulpeloosheid.⁸ Minder gangbaar is de notie dat hun cognitief-emotionele gesteldheid mede kan worden gerepresenteerd als een kruidvat. Daarvoor zijn zowel theoretische (zie: figuur 2) als empirische signalen aanwezig.



Figuur 2: Het Resus-Vals Alarm model van chronische PTSS

In het Resus - Vals alarm model wordt chronische PTSS vooral opgevat als een noodreactie, die bij vatbare slachtoffers een chronisch beloop heeft. Slachtoffers die in vals-alarm modus functioneren zijn overgevoelig voor lage dreigingsignalen, die zich in hun perceptuele omgeving aftekenen: zij zijn over-alert, en voelen zich bij voortduring bedreigd, in een ‘hier en nu’ – omgeving die daar eigenlijk geen aanleiding toe geeft. Blootstelling aan een traumatische stressor kan een zodanige bedreiging van de lichamelijke integriteit inhouden dat, vrijwel automatisch, een noodreactie wordt geactiveerd. In navolging van de fysioloog Cannon wordt die noodreactie doorgaans (metaforisch) omschreven in termen van overt gedrag, namelijk als ‘vecht- vluchtreactie’. In termen van emoties, omvat de noodreactie een ‘woede – angst’ reactie. Duidelijk is dat aan die noodreactie een lichamelijk preparatieprogramma ten grondslag ligt, dat een waterval aan neuronale en endocriene reacties inhoudt. Kenmerk van dat programma is dat het ‘aspecifiek’ werkt, met andere woorden dat het gelijktijdig voorbereidt op vechten en/of vluchten. Dat programma zet daarom zowel het angstsysteem, als het woedesysteem op scherp. Vanzelfsprekend zijn beide systemen vatbaar voor emotionele perseveratie.

Ook in empirisch opzicht lijkt de notie dat het bij PTSS alleen om een ontregeling van het angstsysteem gaat eenzijdig. de laatste jaren zijn vele tientallen studies uitgevoerd naar de samenhang tussen woede en hostiliteit enerzijds, en PTSS anderzijds. Uit een recente meta-analyse van 39 studies blijkt dat de relatie tussen woede en PTSS, en die tussen hostiliteit en PTSS, door de bank genomen zeer substantieel is. Het ligt dan voor de hand binnen chronische PTSS een onderscheid te maken tussen een intern gerichte of internaliserende variant – posttraumatische angst- en een extern gerichte of externaliserende variant, de posttraumatische woede.

⁸ Zie ook: de omschrijving van het subjectieve stressor-criterium (A2) in de DSM IV.

3. Huiselijk geweld

Het terugdringen van huiselijk geweld – in het bijzonder, geweld tussen intieme partners – vormt een van de speerpunten van het huidige justitiële beleid. Dat beleid is volop in ontwikkeling. de jongste loot daarvan zijn reeds ingezette experimenten met een (wettelijk verankerd)⁹ *preventief* huisverbod, dat door de burgemeester kan worden opgelegd, ook in situaties waarbij nog geen strafbare feiten zijn gepleegd. Internationaal bezien, wordt daarmee een *zeer forse* – en *niet* evidentiegebaseerde – stap gezet bij het onvrijwillig binnentreden van de overheid achter de voordeur. Met nadruk merken we op dat dat iets anders is dan een uithuisplaatsing van een veelal mannelijke pleger, nadat een relevant strafbaar feit in de huiselijke sfeer heeft plaatsgevonden. Vanuit een streven naar herstel aan evenwicht valt een dergelijke maatregel inderdaad te billijken: te lang zijn de gevolgen van geweld tussen partners *eenzijdig* afgewenteld op vrouwelijke slachtoffers en kinderen via de ‘blijf van mijn lijf’ – voorzieningen. Duidelijk is dat een huisverbod – ook een preventief verbod – een zeer ingrijpende maatregel richting dader is, onafhankelijk van de vraag of het tot stand komt via de strafrechtelijke, civielrechtelijke of bestuursrechtelijke route. Veelal zullen bovendien de dader dergelijke juridische nuances volstrekt ontgaan.

Het grootste obstakel voor het ontwikkelen van een effectief juridisch *en* hulpverleningsbeleid ten aanzien van zowel daders als slachtoffers is dat nog te veel beroepsbeoefenaren in beide sectoren gevangen zitten in een empirisch achterhaald, simplistisch denkraam dat stamt uit de jaren '60 van de vorige eeuw. Decennialang is het simplistische verbond van feministen¹⁰ er in geslaagd de nuance van het evidentiegebaseerde debat te overstemmen met een oorverdovende, want begeleid met tromgeroffel op empirisch lege hulzen en schelle cimbalen, litanie van monotone mantra's, waarin de man het kwade belichaamt, en de vrouw het goede, dat onschuldig en weerloos geslachtodferd wordt op het, ook fallische, altaar van zijn machtswellust. Voor wie de nuance (differentiatie) zoekt is het niet raadzaam lid te worden van dat verbond, dat zeker niet alleen uit vrouwen bestaat.

Te weinig lijkt men zich er hier van bewust dat de relatief grotere zichtbaarheid van mannelijk geweld, *en* van de *effecten* van dat geweld, stimuli zijn die een *vertekende* perceptie – en dus een verwrongen beeld op huiselijk geweld – kunnen bewerkstelligen.¹¹ Duidelijk is bij voorbeeld dat mannen in verhouding tot vrouwen veel vaker betrokken zijn bij geweld in de (semi) publieke ruimte: te denken valt aan oorlog,¹² maar ook aan ordinaire caféruzies, of de straat. de gedachte dat een dergelijk patroon ook de privé-sfeer markeert ligt voor de hand, maar staat haaks op de empirische feiten¹³ die suggereren, dat mannen hier aanmerkelijk terughoudender zijn: lichamelijk geweld wordt hier veel vaker dan vermoed of verwacht juist door vrouwen (en vrouwelijke slachtoffers) bedreven. Een

⁹ Op het moment van schrijven van dit hoofdstuk is de uitkomst van de behandeling in de Eerste Kamer nog niet bekend.

¹⁰ Het gaat hier, wat ons betreft, om een deelverzameling.

¹¹ De mogelijk dramatische implicaties daarvan treffen we onder meer aan in de krantenverslagen over de toezijnde voogd in de casus Savanna. Uit die verslagen blijkt dat er duidelijke signalen waren van kindermishandeling in een eerdere relatie van de moeder met een andere man. de bedoelde voogd was er daarbij maar van uitgegaan dat die mishandeling – conform de algemene stereotype – door de man, en niet door de moeder werd bedreven.

¹² Het schokeffect van de Abu Ghraib fotoserie lag mede in de kennelijke betrokkenheid van vrouwelijk militair personeel.

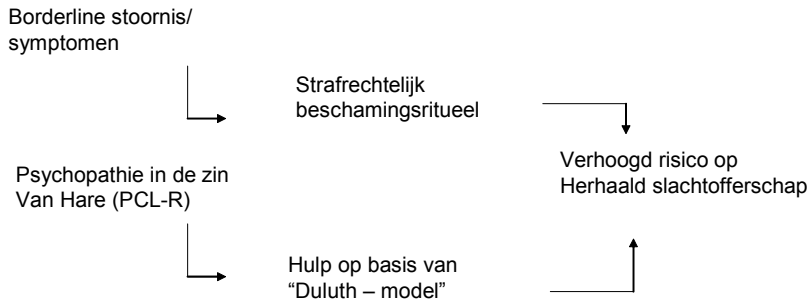
¹³ Onder meer aangedragen door de psychologen Archer en Roy Baumeister (zie NRC/H bijlage M van december 2007).

tweede daarmee verwante vertekening betreft de notie dat (mannelijk) daderschap in strafrechtelijke zin volledig samenvalt met exclusief daderschap in, meer neutrale, psychologische zin. In psychologisch opzicht lijkt een tsunami aan empirische gegevens veeleer te wijzen op gedeeld, gezamenlijk 'daderschap'. Mannelijk geweld trekt bij vrouwelijke partners doorgaans meer zichtbare lichamelijke sporen, en als ontvanger claimen mannen veel minder de 'slachtofferrol'. In het verlengde hiervan is een belangrijk onderscheid, gesuggereerd door het meer recente onderzoek, dat tussen type 1 en type 2 vrouwelijke slachtoffers. Type 1 slachtoffers beschikken vooral over unilaterale ervaringen (ze gebruiken zelf geen geweld); type 2 slachtoffers over bilaterale ervaringen: deze slachtoffers gebruiken zelf ook geweld. Dat geweld kan bijdragen aan de escalatie van een conflict en doorwerken in de kans op herhaling van slachtofferschap.

Geweld tussen partners is te lang vooral gezien als een uniform fenomeen, terwijl het in feite nogal veelvormig is. Momenteel beschikken we nog niet over een breed geaccepteerde typologie op het niveau van de dyade. Wel zijn er aanzetten tot een typologie van daders, en meer recent ook tot een typologie van slachtoffers. Duidelijk is in ieder geval dat een nogal elementair 2 (een factor X is al of niet aanwezig bij de dader) bij 2 (een factor Y is al of niet aanwezig bij het slachtoffer) schema op het niveau van de dyade al tot vier verschillende vormen van huiselijk geweld leidt. Voegt men daaraan nog een dichotome factor toe, dan stijgt het aantal vormen al naar 8.

Het ontwikkelen van een uniform, one size fits all - beleid sluit niet goed aan op de veelvormigheid van het verschijnsel: uniformiteit vergroot de kans dat er fouten gemaakt worden, en averechtse effecten worden uitgelokt (zie figuur 3). Vanuit een psychologisch perspectief ligt het voor de hand die veelvormigheid mede in kaart te brengen in termen van de *aan-* of *afwezigheid* van klinische condities, dat wil zeggen van omstandigheden die professionele klinische aandacht vergen. Voor alle duidelijkheid: bij sommige koppels die betrokken zijn bij huiselijk geweld zijn die condities aanwezig, bij andere niet. Vooralsnog is er empirisch gezien weinig grond voor de hypothese dat klinische condities de modus vormen. Binnen die klinische condities kan onderscheid worden gemaakt tussen persoonlijkheidsstoornissen enerzijds, en angst en stemmingsstoornissen anderzijds. Wat onmiddellijk opvalt, is overigens dat persoonlijkheidsstoornissen vooral in verband zijn gebracht met mannelijk daderschap, en dat systematisch onderzoek naar de relatie met vrouwelijk slachtofferschap goeddeels ontbreekt.

In de criminologie wordt mannelijk daderschap veelal in verband gebracht met een antisociale persoonlijkheid(stoornis). In de psychologie ligt de nadruk in casu vooral op de borderline stoornis in de zin van de DSM, en op psychopathie in de zin van de Canadese psycholoog Hare (Psychopathy Checklist; PCL). Identificatie van dergelijke condities is van belang voor zowel betrouwbare risicopredictie, als voor effectieve interventie (zie figuur 3).



Figuur 3: Averechtse effecten van interventies op mannelijke HG-plegers

Het is zeer aannemelijk dat het exclusief blootstellen van borderline daders aan een strafrechtelijk beschamingsritueel¹⁴ (bij voorbeeld een uithuisplaatsing) averechts werkt. de psycholoog Dutton – een zeer gezaghebbende autoriteit op dit domein – brengt de borderline problematiek bij voorbeeld in verband met een ‘jeugdtraumatische triade’. Van die triade (zie figuur 4) maakt het opdoen van beschamingservaringen in de vroege jeugd deel uit. Het stapelen van dergelijke ervaringen lijkt dan een weinig productieve oplossing.

In sommige staten van de VS bestaat, bij aanwezigheid van een hulpverleningsindicatie, een wettelijke verplichting de dader te laten deelnemen aan een interventie, gebaseerd op het Duluth-model (Winkel, 2007). Erg kort gezegd komt dat model er op neer dat de dader overtuigd dient te raken van de notie dat hij een machtswellustig beest is, een ‘batterer’ en een ‘predator’. Bij psychopaten in de zin van Hare werkt deelname aan een dergelijk programma volstrekt averechts. Sterker nog, uit recent onderzoek van Hilton en Harris (2005) blijkt dat deelname aan een huiselijk geweld programma verreweg de sterkste risicofactor (sic) is voor herhaling. Wanneer die factor als eerste in een regressie-analyse wordt ingevoerd blijken veel van de ODARA¹⁵ – risicofactoren geen enkele additionele variantie in recidive te voorspellen. Recent onderzoek van Hilton, Harris, Rice, Houghton en Eke (in press) suggereert voorts dat de DVRAG¹⁶ bij de predictie van herhaald slachtofferschap (recidive) superieur is aan de ODARA. de DVRAG is een actuarieel risicotaxatieinstrument, dat gebruik maakt van informatie ontleend aan de ODARA, en van informatie ontleend aan de psychopathy checklist.

Niet alleen mannelijke daders, ook vrouwelijke slachtoffers kunnen aanzienlijk van elkaar verschillen. In empirisch opzicht blijkt de notie dat het hier een homogene groep betreft inderdaad nogal simplistisch. Figuur 4 biedt een overzicht van variabelen waarmee verschillen tussen vrouwelijke slachtoffers in kaart kunnen worden gebracht. Een belangrijk verschil tussen vrouwelijke slachtoffers betreft het risico dat zij lopen op herhaald slachtofferschap: bij sommigen lijkt dat verwaarloosbaar klein, bij anderen zeer hoog.

¹⁴ We ontlelen die typering aan onderzoekers op het domein van het herstelrecht, in het bijzonder de RISE-studies uitgevoerd door onder meer Strang in Australië (Reintegrative Shaming Experiments).

¹⁵ Ontario Domestic Assault Risk Assessment – instrument.

¹⁶ de Domestic Violence Risk Appraisal Guide.

Recent empirisch onderzoek suggereert dat verschillende variabelen die van figuur 4 deel uitmaken ook als risicofactor van herhaald slachtofferschap beschouwd kunnen worden.

- *Borderline problematiek, samenhangend met “(jeugd)traumatische triade”*
 - Getuige van geweld tussen ouders in gezin van herkomst
 - Beschaming-ervaringen (laag zelfbeeld)
 - Hechtingsproblemen
- *Post traumatische stress signalen (PTSS)*
 - Symptomen van verhoogde prikkelbaarheid
 - Posttraumatische angst
 - Posttraumatische woede
- *“Psychologisch ouderschap”*
 - Feminiene expressie van psychisch geweld
 - Lichamelijk geweld
- *“Relatie-stress / beknelling” (entrapment)*
 - Financieel
 - Sociaal (relaties met belangrijke anderen)
 - Geestelijke / lichamelijke integriteit

Figuur 4: Veronachtzaamde risicofactoren herhaald slachtofferschap: slachtofferkenmerken

4. Risicotaxatie

De laatste jaren is veel aandacht besteed aan het ontwikkelen en valideren van taxatie-instrumenten gericht op het identificeren van partners met een verhoogd risico op herhaling (recidive, herhaald slachtofferschap). Wat in casu vooral opvalt, is de eenzijdigheid van die benadering: de beschikbare instrumenten zijn eenzijdig gevalideerd tegen officiële recidive als criterium: zelfgerapporteerd herhaald slachtofferschap is als criterium veronachtzaamd. In termen van risicofactoren ligt de nadruk eenzijdig op kenmerken van de mannelijke partner: kenmerken van vrouwelijke slachtoffers zijn veronachtzaamd. We weten daardoor eigenlijk niets over het relatieve gewicht van kenmerken van de man en kenmerken van de vrouw als risicofactor voor herhaald slachtofferschap. Beantwoording van die vraag wordt sterk bemoeilijkt door het eerder gemaakte onderscheid tussen type 1 en type 2 vrouwelijke slachtoffers (zie: psychologisch ouderschap in figuur 4). Op voorhand lijkt duidelijk dat geweld gepleegd door de vrouw een risicofactor is voor type 2 herhaling, maar dat de afwezigheid van die factor bij type 1 geen protectieve factor lijkt op te leveren. Voorts bestaat de mogelijkheid dat het relatieve gewicht van de bedoelde risicofactoren gemodereerd wordt door type 1 en type 2 vrouwelijk slachtofferschap. Er zijn zeker 5 nadrukkelijke signalen dat PTSS een risicofactor van herhaald slachtofferschap is:

- ♦ Risicotaxaties, gemaakt met behulp van de DAS,¹⁷ en met behulp van de SARA – PV (BSafer)¹⁸ hangen substantieel samen met de ernst van posttraumatische symptomen, gerapporteerd door vrouwelijke slachtoffers;
- ♦ Prospectief onderzoek suggereert dat herhaalde slachtoffers significant meer initiële posttraumatische klachten rapporteren dan enkelvoudige slachtoffers, waarbij geen herhaling heeft plaatsgevonden. In termen van de traditionele DSM – clusters gaat het

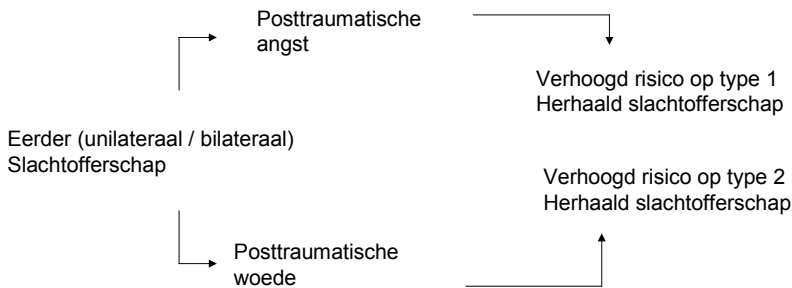
¹⁷ Danger Assessment Scale

¹⁸ Spousal Assault Risk Assessment – Police Version; Brief Spousal Assault Form for the Evaluation of Risk

daarbij vooral om significante verschillen in termen van verhoogde prikkelbaarheid (zie verder: Resus-Vals alarmmodel);

- ♦ Negatieve emotionaliteit is een belangrijke risicofactor voor het ontwikkelen van chronische PTSS. Prospectief onderzoek suggereert dat negatieve emotionaliteit van de man *en* van de vrouw samenhangen met mannelijk en vrouwelijk ouderschap en slachtofferschap. Voorts blijkt uit bedoeld onderzoek dat er bij koppels sprake is van een zeer substantiële samenhang tussen mannelijk en vrouwelijk ouderschap;
- ♦ Prospectief onderzoek suggereert dat de Scanner,¹⁹ een instrument gericht op het identificeren van slachtoffers met een verhoogd risico op PTSS, eveneens betrouwbaar slachtoffers in kaart brengt met een verhoogd risico op herhaald slachtofferschap, en
- ♦ Posttraumatische woede correleert substantieel met type 2 herhaald slachtofferschap, doch niet of nauwelijks met type 1 herhaald slachtofferschap.

Met financiële steun van de Stichting Achmea Slachtoffer en Samenleving wordt door Intervict momenteel nader onderzoek uitgevoerd naar de in figuur 4 genoemde veronachtzaamde factoren. de factor ‘relatiestress/beknelling’ maakt van dat overzicht deel uit, omdat uit eerder prospectief onderzoek²⁰ blijkt dat bij slachtoffers van misdrijven levensstress, voorafgaand aan het indexincident een belangrijke risicofactor voor herhaald slachtofferschap is. Voorts kan die factor worden opgevat als een operationalisatie van het SARA-cluster ‘psychosociale adaptatie’. Een belangrijke additionele uitdaging van dat onderzoek vormt de toetsing van het in figuur 5 weergegeven risicomodel.



Figuur 5: PTSS-model van herhaald slachtofferschap

5. Conclusies

De belangrijkste conclusies van dit hoofdstuk kunnen in een aantal bullets worden samengevat:

- ♦ Er bestaat geen overeenstemming over het pathogene mechanisme dat aan het ontwikkelen van chronische PTSS ten grondslag ligt. Recent prospectief onderzoek suggereert echter dat selectieve emotionele verwerking belangrijker is dan emotionele suppressie (conform het ‘model van Foa et al’). In termen van cognities lijkt cognitie-

¹⁹ Short Checklist to Assess Need for Emotional Relief.

²⁰ zie: hoofdstuk Winkel (2008) in Baldry en Winkel (2008).

ve validering belangrijker dan cognitieve inconsistentie (conform het SA-model van Janoff-Bulman)

- ♦ Er bestaat geen overeenstemming over de DSM-kernsymptomen van PTSS. Het selectieve verwerkingsmodel suggereert dat het intrusiecluster belangrijker is dan het vermijdingscluster. Binnen het Vals Alarm model vormt de cluster verhoogde prikkelbaarheid het kernsymptoom.
- ♦ Op basis van het Vals Alarm model ligt het in DSM V voor de hand een onderscheid te maken tussen een internaliserende (post traumatische angst) en een externaliserende (post traumatische woede) variant van PTSS.
- ♦ De empirische grondslag voor het ontwikkelen van een nieuwe generatie – meer betrouwbare en valide – risicotaxatieinstrumenten vormt onderzoek naar veronachtzaamde psychologische kenmerken van vrouwelijke slachtoffers, waaronder persoonlijkheidsproblematiek, angst- en stemmingsstoornissen, eerdere uni- en bilaterale ervaringen, en door vrouwen ervaren relatiestress.
- ♦ Bij aanwezigheid van klinische condities dient het hulpaanbod van Slachtofferhulp Nederland zich te beperken tot het uitvoeren van een initiële risicotaxatie, gevolgd door verwijzing naar de professionele hulpverlening, en
- ♦ PTSS en relatiestress zijn niet alleen mogelijke repercussies van eerder slachtofferschap, maar vaak ook een precursor voor herhaald slachtofferschap.

Personalia

Drs. Antony Pemberton MA (1975, London) studeerde politicologie aan de KUN. Van 2002 tot 2007 was hij senior stafmedewerker bij Slachtofferhulp Nederland (SHN). Bij SHN was hij verantwoordelijk voor het onderzoeksprogramma en fungeerde hij als projectleider bij de beleidsontwikkeling voor verschillende onderwerpen, waaronder slachtoffer-dader gesprekken, jeugdige slachtoffers, nabestaanden van moord en herhaald slachtofferschap. Vanaf 2007 is hij als senior onderzoeker in dienst bij INTERVICT (UvT). Zijn onderzoek betreft hier voornamelijk maar niet uitsluitend sociaalpsychologisch onderzoek naar slachtoffers in het strafrechtssysteem, risicotaxatie bij slachtoffers van huiselijk geweld, in het kader van een door de Stichting Achmea gefinancierd onderzoek- en interventietraject, en slachtoffers van terrorisme.

Dr. dr. Anna Costanza Baldry studeerde sociale en ontwikkelingspsychologie aan de Universiteit van Rome, La Sapienza, en was in het kader van een internationaal uitwisselingsprogramma mede verbonden aan de vakgroep Sociale Psychologie van de Vrije Universiteit Amsterdam (VUA). Zij is momenteel verbonden als universitair hoofddocent aan de tweede Universiteit van Napels, en aldaar directeur van het Cesvis-programma, gericht op forensische psychologie en victimologische thema's. Ze behaalde haar eerste doctorstitel in de psychologie aan La Sapienza, Italië en haar tweede in de criminologie aan de Universiteit van Cambridge, UK. Zij is mede verbonden aan het door de Stichting Achmea Slachtoffer en Samenleving gesponsorde programma "risico-taxatie bij huiselijk geweld", dat wordt uitgevoerd door een aan Intervict (Universiteit van Tilburg) verbonden team van psychologen. Zij is bestuurslid van de European Association of Psychology and Law (EAPL), en verkreeg van die organisatie in Krakow, Polen de "young scholars award". Zij is een internationaal erkende deskundige op het gebied van intiem partner geweld, en was betrokken bij de ontwikkeling van de BSafer / SARA-PV.

Frans Willem Winkel (prof. dr. mr.) studeerde strafrecht aan de Nederlands Economische Hogeschool te Rotterdam (Erasmus Universiteit) en psychologische methodeleer aan de

Universiteit van Amsterdam (UvA). Hij promoveerde aan de VUA, en was daar verbonden aan de afdelingen sociale en klinische psychologie, onder meer als bijzonder hoogleraar klinische victimologie. Hij was onder meer president van de European Association of Psychology and Law (EAPL), en is bestuurlid van de Nederlandstalige Vereniging voor Psychotrauma (NtVP), en van de World Society of Victimology (WSV). Hij maakt deel uit van het "Risc-team" van de International Association of Forensic Mental Health Sciences (IAFMHS). Hij maakt als hoogleraar psychologische victimologie deel uit van Intervict, verbonden aan de Universiteit van Tilburg. Hij coördineert het door de Stichting Achmea Slachtoffer en Samenleving gesponsorde programma "risicotaxatie bij huiselijk geweld", dat wordt uitgevoerd door een aan Intervict verbonden team van psychologen. Hij is mede verbonden aan het, in samenwerking met FSW (Sociale Wetenschappen, UvT) uitgevoerde Intervict-project "Birth complications and dysfunctional parenting: a bonding and PTSD-focused perspective on child abuse and neglect".

Karlijn Kuijpers, MA (1984) studeerde psychologie aan de Universiteit van Tilburg. Na een korte periode als psycholoog in een ziekenhuis te hebben gewerkt, is ze zich gaan richten op het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek. Inmiddels heeft zij onderzoek verricht op het gebied van behoeften van slachtoffers van misdrijven bij het WODC (Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatiecentrum) in Den Haag. Vanaf februari 2007 is zij werkzaam als promovendus bij INTERVICT (International Victimology Institute Tilburg) aan de Universiteit van Tilburg. Binnen haar promotieonderzoek houdt zij zich bezig met een project betreffende risicotaxatie bij intiem partnergeweld, gefinancierd door de Stichting Achmea Slachtoffer en Samenleving

Aangehaalde literatuur

Baldry & Winkel 2008

A. Baldry & F.W. Winkel, *Intimate partner violence prevention and intervention: the risk assessment and management approach*. Hauppauge, NY: Nova Science.

Groenhuijsen 2007

M.S. Groenhuijsen, *Voordracht in het kader van de ontvangst van de Dr. Hendrik Muller prijs*. Amsterdam: KNAW.

Van Dijk, Groenhuijsen & Winkel 2007

J.J.M. van Dijk, M.S. Groenhuijsen & F.W. Winkel, Victimologie; Voorgeschiedenis en stand van zaken. *Justitiële Verkenningen*, 2007, 33, 7, p. 9 -30.

Hilton & Harris 2005

N.Z. Hilton, N.Z., & G.T. Harris, Predicting wife assault: A critical review and implications for policy and practice. In: *Trauma, Violence and Abuse*, 6. 1, p. 3 – 32.

Hilton e.a. in press

N.Z. Hilton, G.T. Harris, M.E. Rice, R.E. Houghton & A.W. Eke (in press), An indepth actuarial assessment of wife assault recidivism: the Domestic Violence Risk Appraisal Guide (DVRAG). *Law and Human Behavior*.

Winkel e.a. 2006

F.W. Winkel, A.C. Spapens, R.M. Letschert, M.S. Groenhuijsen & J.J.M. van Dijk, *Tevredenheid van slachtoffers met 'rechtspleging' en slachtofferhulp: Een victimologische en rechtspsychologische secundaire analyse*. Nijmegen : Wolf Legal Publishers, 2006.

Winkel, F.W. (2007).

F.W. Winkel, *Posttraumatic anger: Missing link in the wheel of misfortune*. Nijmegen : Wolf Legal Publishers, 2007.

Inwikkeling en het belang van cultuursensitieve diagnostiek en therapie

V. Kouratovsky

1. Inleiding

In deze bijdrage wordt het belang bepleit van een expliciet cultuursensitieve psychiatrie en psychologie. Hierbij wordt voortgebouwd op eerdere aanzetten die op kinderen en adolescenten zijn gericht.¹ In deze bijdrage wordt de discussie uitgebreid van de ontwikkelingspsychopathologie tot aan de forensische psychiatrie. Dit heeft een aantal redenen. De (ontwikkelings)psychopathologie bij kinderen en adolescenten vertoont een duidelijk verband met de psychopathologie bij volwassenen. Dit geldt met name voor persoonlijkheidsstoornissen,² een groep van stoornissen die bij uitstek relevant is voor de verklaring van antisociaal gedrag en daarmee voor de forensische psychiatrie.³

Het onderwerp 'cultuur' is eveneens toenemend relevant binnen de psychiatrie. de transculturele psychiatrie heeft vooral dusdanig aan invloed gewonnen dat de Transcultural Psychiatric Section inmiddels de een na grootste sectie is binnen de World Psychiatric Association.⁴ In de DSM-IV⁵ werd al een groot aantal 'Culture-Bound Syndromes' en een 'Outline for Cultural Formulation' opgenomen.⁶ Dit gaat gepaard aan een sterke toename van gericht wetenschappelijk onderzoek vanuit de crossculturele psychologie⁷ en het ontstaan van een crossculturele neuropsychologie.⁸

In Nederland wordt het verband tussen ontwikkelingspsychopathologie en psychiatrie toenemend geaccepteerd maar de invloeden van taal en cultuur op de diagnostiek en therapie worden over het algemeen echter nog veel te weinig onderkend. de invloed van taal en cultuur op de psychodiagnostiek is als onderwerp doorgedrongen tot de postdoctorale opleidingen tot Gezondheidszorgpsycholoog en Klinisch psycholoog. Dit geldt echter nog niet of amper voor de basiscurricula voor (forensisch) psychologen, psychiaters en pedagogen. Nog minder aandacht is er voor effecten die uitgaan van taal en cultuur op behandeling en therapie. Als gevolg van de toenemende confrontatie met nakomelingen van migranten in de ontwikkeling van forensische psychiatrie en de diagnose-behandelcombinaties in de algemene geestelijke gezondheidszorg is er een toenemende behoefte aan een kader voor onderwijs en training en aan richtlijnen.⁹ Nieuwe wetenschappelijke bevindingen onderstrepen de noodzaak van een dergelijk kader.

¹ Kouratovsky, 2005, 2002, 1996, 2007. Dit artikel is een bewerking van het artikel dat in 2007 verscheen.

² De Clercq & de Fruyt, 2007.

³ En bijvoorbeeld incestdaders (Kouratovsky, 2004).

⁴ World Healer, 2006.

⁵ American Psychiatric Association, 1994.

⁶ Zie Borra, Rohlof, & van Dijk, 2002, voor de Nederlandse versie.

⁷ Zie Matsumoto, 2001, voor een overzicht.

⁸ Fletcher-Janzen, Strickland & Reynolds, 2000.

⁹ Voor het Nederlands taalgebied is een nieuw handboek in voorbereiding over transculturele psychotherapie en psychiatrie, dat de eerdere versie van de Jong & van de Berg, 1996, komt te vervangen.

In dit hoofdstuk wordt een aanzet tot een dergelijk kader gedaan. Dit kader berust op de drie invalshoeken: 1. culturele achtergrond, *in*wikkeling en etniciteit, 2. migratie en 3. acculturatie. Deze worden achtereenvolgens besproken worden op grond van recente wetenschappelijke bevindingen. Als verbindend begrip wordt ‘inwikkeling’ voorgesteld.

2. Inwikkeling, culturele achtergrond en etniciteit: van holding naar vorming

De mens is een bij uitstek sociaal wezen. de fundamenteën van deze gezamenlijkheid worden vanuit verschillende invalshoeken en disciplines onderzocht en worden steeds duidelijker, evenals sommige implicaties die ik hier wil bespreken vanuit het idee van inwikkeling.¹⁰

Het Nederlands kent geen zelfstandig naamwoord van het werkwoord inwikkelen. Inwikkeling klinkt echter bekend want er is een associatie met het bakken waarbij een baby strak ingewikkeld wordt. de inwikkeling als vormend voor het zelf in een sociaal, intermenselijk en relationeel verband is al voorafgaand aan de geboorte te plaatsen en bestaat onder meer uit de verwachtingen vanuit de sociale omgeving aangaande een kind van een bepaald geslacht en afkomst. Een kind heeft vanaf de allereerste momenten zorg en bescherming voor nodig. de allereerste erkenning en herkenning van de tekenen van nieuw leven, van zwangerschap, roepen bij de aanstaande moeder en haar omgeving al zorg op en de mogelijkheid van speciale maatregelen. In cultuuranthropologische zin zou men daarom al voordat het kind is geboren, kunnen spreken van een ‘inwikkeling’ in gemeenschap, taal en cultuur. In de baarmoeder is al er een wisselwerking tussen het ongebooren kind en de sociale omgeving. Een opmerkelijke bevinding is bijvoorbeeld dat psychopathologie van de [aanstaande] moeder zowel als van de vader tijdens de zwangerschap van invloed blijkt op de verdere ontwikkeling van het kind.¹¹ Bepaling van de afstamming, mogelijke namen voor het kind en speciale gebruiken maken dat het kind al voor de geboorte deel uitmaakt van een sociale groep.¹² de invloed die hiervan uitgaat is diepgaand op de gehele verdere biopsychosociale ontwikkeling.

De verzorging van het kind, het aankleden, het voeden, de sensorische waarnemingen van aanraking en vasthouden, van geur, van bewegen, kijken, vocaliseren en luisteren, behoren tot de eerste vormen van interactie waaraan het kind al snel een actieve bijdrage levert. de baby is al binnen een dag in staat om de bewegingen van mond en gezicht na te bootsen van de volwassene die hun aankijkt.¹³ Pasgeborenen kunnen door allerlei communicatieve gedragingen reacties van hun sociale omgeving ontlokken. Hierdoor leren ze over zichzelf zowel als over hun menselijke tegenspelers.

De neurofysiologische basis voor dit vermogen ligt in de aanwezigheid van zogenaamde spiegelneuronen in de prefrontale cortex.¹⁴ Deze ontdekking heeft verstrekkende implicaties. Dit type neuron is aangetroffen bij de mens maar is, in mindere mate, ook bij andere primaten en zelfs vogelsoorten. Kenmerkend voor de spiegelneuron is, dat hij gaat vuren en actief wordt bij het waarnemen van doelgericht, *intentioneel* gedrag. de actie die zo een weerklank krijgt moet liggen binnen het gedragsrepertoire van het waarnemende organisme. Dit gebeurt direct, zonder bemiddeling van taal, begrip of bewuste voorstel-

¹⁰ Zie Kouratovsky, 2007.

¹¹ Van den Berg, 2006. Een invloed die overigens sterk ‘etnisch’ geladen bleek en zo ook met de effecten van migratie [zie verder] is verbonden.

¹² Zie ter illustratie bijvoorbeeld Cassiman, 2000.

¹³ Meltzoff, 2005.

¹⁴ Gallese, 2003, 2006; Gallese, Eagle & Migone, 2007.

ling. Dit fenomeen verklaart dat we in staat zijn om, in gezelschap van anderen van een totaal andere taal en cultuur toch in staat zijn om ons in fundamentele opzichten ‘verstaanbaar’ te maken als in eerste instantie een onbewust proces.¹⁵

Het aandeel van de menselijke omgeving en de aanwezigheid van een specifiek voor de mens sociaal leersysteem voor de eerste levensmaanden, worden benadrukt door de *human pedagogy* van Gergely en anderen.¹⁶ Het vele onderzoek dat inmiddels bestaat naar de vroegkinderlijke ontwikkeling na de geboorte, van de zuigeling en van het kind dat nog niet praat (infans), maakt het aandeel van het kind zichtbaar. Het komt ter wereld met het vermogen om reacties van verzorgers op te roepen. Die reacties op hun beurt zijn afgestemd op het kind in speciale uitingen van taal als [moeders-]taal (‘motherese’) en gebaar maar gelijktijdig ook sterk cultuurbepaald en cultuurbeladen. Het kind leert zo zichzelf vanaf het allereerste begin na de geboorte kennen in passieve en actieve wisselwerking met zijn buitenwereld. de reacties van de sociale omgeving leggen de basis van het zelfbegrip en het vermogen om het eigen gedrag te verklaren en begrijpen *als onderdeel van een sociale groep*.¹⁷ Een groep die zich kenmerkt door een bepaalde cultuur waarbij ‘cultuur’ begrepen kan worden als een verzameling van ‘lichaamspraktijken’.¹⁸

Een recent toonaangevend begrip is dat van mentaliseren en de verwante *Theory of Mind* die beide staan voor eigenschappen van de vroegkinderlijke ontwikkeling die in wisselwerking met de sociale omgeving ontstaan.¹⁹ Mentaliseren wordt gezien als de kern van het vermogen om het gedrag en de beweegredenen van zichzelf zowel als van anderen te begrijpen en dit begrip af te stemmen op de werkelijkheid. Een vermogen dat de gehele levensloop op de proef wordt gesteld en sterk verbonden is met de ontwikkeling van taalgebruik en -begrip. Een verband dat licht werpt op de vaak miskende relatie tussen taalstoornissen en psychopathologie en dan met name gedragsstoornissen²⁰ en delinquentie.²¹

Vanaf een jaar of vier zijn van inwikkeling effecten waarneembaar op neuropsychologisch niveau. Zo functioneert het autobiografisch geheugen, de kern van het zelfbegrip, al aantoonbaar anders bij kinderen in een Chinese omgeving ten opzichte van hen die zijn opgegroeid in een westerse omgeving. Hetzelfde geldt voor hun waarneming en begrip van situaties.²² Op lagere schoolleeftijd blijken het auditief-verbale en het visuele werkgeheugen te variëren, afhankelijk van verschillende vormen van onderwijs.²³ Dergelijke gegevens laten zien dat verschillen die vanuit inwikkeling zijn te begrijpen en plaatsen, gevolgen hebben voor basale (neuro)psychologische fenomenen als waarneming en geheugen. Dit helpt verklaren hoe veel complexere begrippen en fenomenen als intelligentie en persoonlijkheid niet los zijn te zien van taal en cultuur.

Hier vanuit is er dan ook een directe lijn te trekken van inwikkeling naar het begrip ‘enculturatie’ van de crossculturele psychologie: het ingroeien, door imitatie, sturing en in-

¹⁵ Vergelijk Enfield & Levinson, 2006, inleiding. Het onderkennen van gedeelde intentie is de essentie van betekenis en daarmee van cultuur (ibid.).

¹⁶ Gergely & Csibra, 2006; Gergely, Katalin & Király, 2007.

¹⁷ Zie McHale, 2007, voor een systemische kijk en kritiek op de exclusieve focus op het belang van uitsluitend de moeder voor de eerste ontwikkeling.

¹⁸ Verheggen, T. & Voestermans, 2007, en voor non-verbaal gedrag: Matsumoto, 2006.

¹⁹ Fonagy, Gergely & Target, 2007.

²⁰ Toppelberg & Shapiro, 2000; Zie ook Metcalf & Mischel, 1999, voor een elegant theoretisch model.

²¹ Selenius, Dåderman, Meurling & Levander, 2006.

²² Wang, 2004.

²³ Conant, Fastenau, Giordani, et al., 2003.

structie in de gedragingen, manieren, waarden en normen van de groep.²⁴ Wat het kind uit zichzelf wordt geacht te kunnen doen is te begrijpen als de kern van de ontwikkelingsopgave van autonomie. Wat het kind verder leert: hoe om te gaan met anderen en hoe onderscheid te maken in zijn leefwereld, valt onder de ontwikkelingsopgaven van cognitieve en sociale vaardigheden. Deze ontwikkelingsopgaven gaan zo samen met inwikkeling op basis van de verwachtingen die de directe sociale omgeving van het kind over hem of haar heeft. Voor identiteit als ontwikkelingsopgave geldt misschien nog sterker. Bij identiteit is de verwachting dat het individu de wijzen van begrijpen, waarnemen, waarderen en dergelijke van de samenleving waarin hij/zij is opgegroeid en geëncultureerd dusdanig heeft eigen gemaakt dat hij/zij een volwaardig lid is van die samenleving. Een lid dat de cultuur met zijn lichaamskracht, arbeid en intelligentie helpt continueren en uitdragen en in staat is die te reproduceren en over te dragen op een volgende generatie.

Inwikkeling staat zo uiteindelijk voor een intern, coherent besef van, een besef dat uitgedrukt kan worden wordt met (deel)identiteit en met etniciteit.²⁵ Door 'inwikkeling' te plaatsen tegenover 'ontwikkeling' wordt benadrukt dat het ergens-bijhoren (*belonging*) essentieel is voor de zelfveraring.²⁶ Inwikkeling brengt ook ontwikkelingspsychologische en psychotherapeutische begrippen en strategieën als 'holding' (Winicott) en 'containment' (Bion) in herinnering.

Het belang van inwikkeling ligt in zijn auto-immuniserende werking.²⁷ Voor het individu speelt het over de gehele levensloop in het omgaan met interne en externe stress en bij het bewaren van psychische samenhang. Een slechte of verstoorde inwikkeling is waarneembaar bij allerlei vormen en uitdrukkingen van psychopathologie. Bijvoorbeeld naar de lichaamsgeur, het vuil en vele lagen kleding bij [schizofrene] zwervers die zijn te begrijpen als pogingen tot het bewaren van innerlijke samenhang,²⁸ en zo ook als een vorm van [diep verstoorde] inwikkeling. Minder diep verstoorde vormen van inwikkeling zijn af te leiden uit de chronische aanpassingsproblemen in het kader van persoonlijkheidsstoornissen. Bij de structurele borderlinepathologie volgens Kernberg bevindt zich letterlijk grensvlak van functioneren tussen het sociale en het asociale en criminele. Een conditie waarbij de focus op het maatschappelijk functioneren en de sociale inwikkeling langdurig aangewezen kan zijn om iemand als het ware te verankeren in de samenleving en criminele recidive te voorkomen.²⁹

De hierboven gevolgde redenering is universeel geldig. Iedereen is namelijk in deze zin 'etnisch' en 'in-gewikkeld' in taal en cultuur. Dit is een belangrijke reden om niet meer te praten van een *transculturele* maar van een culturele of cultuursensitieve psychiatrie. Het begrip inwikkeling brengt daarbij het belang van een cultuursensitieve benadering naar voren door vruchtbare dwarsverbanden te leggen tussen culturele antropologie, (forensische) psychiatrie, crossculturele psychologie, ontwikkelingspsychologie en pedagogie.³⁰

²⁴ Matsumoto, 2000.

²⁵ Vedder & van de Vijver, 2003.

²⁶ Baumeister &, Leary, 1995; Dalal, 2006.

²⁷ Een term van de filosoof Sloterdijk wiens *Sphären* (1998, 1999) het begrip inwikkeling mede inspireerde.

²⁸ Ogden, 1989.

²⁹ Een conclusie waartoe ik kom ten aanzien van incestdaders (Kouratovsky, 2004).

³⁰ Andere verbanden zijn te leggen met het werk van de beroemde Franse analyticus Jean LaPlanché (1992). Er is verder zeker verwantschap met het werk van Anzieu (1994) en zijn begrip *le-Moi-peau*. Inwikkeling is als *enveloppement* terug te vinden in de Franstalige transculturele psychiatrie (Kouratovsky, 2007).

3. Migratie

Wanneer volwassenen en kinderen gezien worden als in essentie verbonden met anderen en als *ingewikkeld* in taal, groep en cultuur, krijgen migratie en verhuizing een bijzondere betekenis voor de *ontwikkeling*. Migratie en verhuizing met als gevolg sociale uitsluiting en dus verminderde inwikkeling leiden tot vergrote kwetsbaarheid voor psychopathologie en problemen met zelfcontrole.³¹ Ook de maatregelen die nodig zijn om kinderen en adolescenten die getroffen zijn door terrorisme, oorlog, anarchie of andere rampen,³² zijn te begrijpen als manieren om de inwikkeling van die kinderen te herstellen.

Dat migratie een belangrijke risicofactor is voor psychiatrische stoornissen blijkt uit in recente toonaangevende studies. Vooral de ernstige psychiatrische beelden van psychose en schizofrenie blijken verband te houden met migratie. Zowel een eigen migratie als een migratie van de ouders blijkt namelijk een belangrijke en onafhankelijk bijdragende risicofactor voor de diagnose van schizofrenie.³³

We gaan hier voorbij aan de discussie over de wetenschappelijke en klinische waarde van het begrip schizofrenie³⁴ en ook aan de discussie of de diagnose ook in andere culturen altijd even bruikbaar is of mogelijk bij migranten ten onrechte wordt gesteld.³⁵ Afgezien van de terminologie: het betekent in elk geval degenen om wie het gaat ernstig en langdurig in de war zijn en dusdanig functioneren dat hun directe omgeving er niet meer mee om kan gaan.

Het risico op de diagnose schizofrenie blijft bestaan en neemt zelfs sterk toe bij de tweede generatie.³⁶ Wanneer migratie in de voorgeschiedenis heeft geleid tot disfunctioneren van het gezin, wordt de kans op psychotische verschijnselen bij kinderen en adolescenten onder de zestien jaar zelfs vier keer zo groot.³⁷ Behalve de als causaal beschouwde relatie tussen migratie en disfunctioneren van het gezin gaan andere risicofactoren voor schizofrenie vaak samen met migratie: wonen in een (grote) stad, het behoren tot een minderheid en bij gedwongen migratie of vlucht eerder trauma en blootstelling aan stress van moeder en kind.³⁸ Een andere huidskleur, ervaringen van gediscrimineerd worden, gebrekkige sociale integratie, weinig steun en slechte maatschappelijke vooruitzichten, complementeren het beeld van maatschappelijke tegenslag en mislukking als risicofactor voor schizofrenie en verklaren de optredende verschillen tussen migrantengroepen en generaties.³⁹ Cannabisgebruik en een als laag vastgesteld IQ zijn bijkomende risicofactoren, cannabis vooral als risicofactor voor psychose, de overige risicofactoren ook voor depressie en verslaving.⁴⁰

Het bijzondere van deze gegevens is dat nu dus ondubbelzinnig en voor het eerst blijkt dat ook een ernstige stoornis als schizofrenie in relatie blijkt te staan met de psychosociale stress die samenhangt met migratie. de voorlopige verklaring is dat, op basis van een genetische gevoeligheid, het dopaminesysteem al vroeg in de jeugd gesensitiseerd kan

³¹ Baumeister, Dewart, Ciarocco & Twenge, 2005.

³² Williams, 2006.

³³ Cantor-Graae & Selten, 2005; zie ook Fearon & Morgan, 2006.

³⁴ Vlaminc, 2005.

³⁵ Fernando, 2006.

³⁶ Van Os, Krabbendam, Myin-Germeys & Delespaul, 2005.

³⁷ Patino, Selten, Van Engeland, Dux, Kahn & Burger, 2005.

³⁸ Van Os e.a., 2005; Williams, 2006.

³⁹ Selten & Cantor-Graae, 2005.

⁴⁰ Ibid. en Van Os e.a., 2005.

raken door de stress die met een migratie samenhangt. Latere stress, bijvoorbeeld ten gevolge van maatschappelijke tegenslag en gebrek aan vooruitzichten, kan iemand dan tot over de grens van een psychose brengen.⁴¹

De genoemde onderzoeken tonen zo aan hoe groot de psychiatrische gevolgen kunnen zijn van een migratie in de voorgeschiedenis van een kind en diens ouders. Een tweede onderzoekslijn, vooralsnog minder onderbouwd, is hier aanvullend op.

Immigratie naar een ander land betekent in de regel ook een verandering van taal en het optreden van tweetaligheid. Het verband tussen taalstoornissen en psychopathologie is nog te weinig onderkend maar taalproblemen zijn duidelijk geassocieerd met, en mogelijk oorzakelijk voor, onder andere gedragsstoornissen als ADHD en voor leerstoornissen. In een klinische populatie blijken taalstoornissen bij tweetalige kinderen zeer vaak op te treden en sterk geassocieerd te zijn met problemen in de omgang met anderen, met aandacht en concentratie, agressie en delinquentie en gedesorganiseerd, psychotisch, denken en doen.⁴² Tot de conclusies en aanbevelingen behoren:

- ♦ Waar psychopathologie en tweetaligheid samengaan moet ook rekening worden gehouden met een vertraagde of verstoorde taalontwikkeling.
- ♦ De taalstoornis is oorzaak van de psychopathologie dan wel houdt die in stand.⁴³

Als laatste horen bij dit onderwerp nog zeker de volgende opmerkingen over de spanningen waartoe leidt. Het is namelijk zeker niet de eerste keer dat het opnemen van nieuwe groepen in een samenleving gepaard gaat aan het psychopathologiseren van deze groepen. Het volgende citaat brengt dit punt goed tot uitdrukking.

“De groeiende maatschappelijke aanwezigheid van zich emanciperende groepen buitenstaanders brengt in de publieke opinie gevoelens van bedreiging en verontrusting teweeg. In de psychiatrie kan die maatschappelijke onrust een uitweg vinden in de bewering dat de betreffende bevolkingsgroepen (zwarten, vrouwen, meisjes, jongeren, maar wellicht ook homoseksuelen, (tweede-generatiemigranten) met een verontrustende toename van psychische ziekteverschijnselen worden bedreigd. Die toename wordt in brede kringen van zowel experts als leken als werkelijkheid ervaren, terwijl (...) de eigen gevoelens van angst en bedreiging worden geprojecteerd in de bewering dat de zich emanciperende bevolkingsgroepen in toenemende mate met gevaarlijke ziektes worden bedreigd.”⁴⁴

Met deze relativiserende opmerking komen we op het terrein van het volgende onderwerp: acculturatie.

4. Acculturatie

Naast culturele achtergrond / etniciteit en migratie is de derde invalshoek van een cultuursensitieve benadering die van acculturatie. Een belangrijke betekenis van acculturatie is de aanpassing aan de cultuur van de dominante meerderheid. Aanpassing aan de dominante Nederlandse cultuur komt bijvoorbeeld tot uitdrukking in kennis van en vaardigheden ten aanzien van

- ♦ het Algemeen Beschaafd Nederlands (ABN),
- ♦ manieren van communiceren (beleefdheidsvormen, begroeten, aankijken),

⁴¹ Van Os e.a. 2005; Selten & Cantor-Graae, 2005.

⁴² Toppelberg, Medrano, Morgens & Nieto-Castanon, 2002.

⁴³ Ibid.

⁴⁴ Gomperts, 1992, pagina 37.

- ♦ normen over de gewenste omgang met elkaar (mannen, vrouwen, kinderen, ouderen, sekserollen, hiërarchie) en gewenst gedrag als eerlijkheid, rechtvaardigheid, openheid, tonen van emoties, uiterlijke verzorging en kleding
- ♦ regelgeving (de wetten, de sociaal politieke ruimte, de organisatie van de openbare ruimte),
- ♦ wat men verwacht van een burger en hoe men denkt dat in de opvoeding van een kind te bereiken.

Bij de bovengenoemde punten valt onmiddellijk op dat dergelijke kennis en vaardigheden sterk afhankelijk zijn van onderwijs. Daarnaast moet worden opgemerkt dat er ook binnen de autochtoon te noemen bevolking vele 'etnische' groepen zijn en dat acculturatie in deze zin allerminst optimaal, homogeen of zonder conflicten is en samenhang vertoont met sociale klasse.

Vanuit de hier gevolgde optiek is acculturatie daarom ook in meer algemene zin opvatten als inwikkeling in de dominante waarden van de samenleving. Wanneer men daar op grond van afkomst en thuismilieu, handicap, leefwijze of overtuiging niet geheel aan weet te voldoen, treden vergelijkbare risico's op als bij de nakomelingen van niet-westerse migranten.

Het verloop van acculturatie na een migratie is onder andere afhankelijk van de taal van de migrant en van diens opleidingsniveau, van de leeftijd waarop en de omstandigheden waarin een migratie plaatsvond, de motivatie en de voorbereiding van de migratie, de effecten op het ondersteunend sociaal systeem op de korte en de langere termijn, en van de geografische en culturele afstand tussen het land van afkomst en van vestiging.⁴⁵

Voor de acculturatie van migranten is het daarom belangrijk waar men terecht komt na een migratie en hoe er wordt gereageerd op hun komst en aanwezigheid. In hoeverre de aanpassing ook feitelijk mogelijk is, is de uitkomst van een wisselwerking tussen de immigrant en het land van ontvangst. Het is die wisselwerking die schematisch is weer te geven in vier uitkomsten: assimilatie, integratie, separatie en marginalisatie. Integratie is van deze vier uitkomsten het best voor geestelijke gezondheid, hetgeen recent opnieuw is aangetoond in een internationale studie waarbij ook Nederland is betrokken.⁴⁶

De indeling in assimilatie, integratie, separatie en marginalisatie is overigens zeer schematisch en doet geen recht aan de klinische realiteit en de verschillen die optreden binnen gezinnen en families. Er spelen bijvoorbeeld allerlei vormen van transnationalisme⁴⁷ waarbij banden met het land van herkomst van invloed zijn op identiteit en gedrag van meerdere generaties. In termen van inwikkeling is er bij integratie te spreken van een geslaagde inwikkeling waarbij de eerdere inwikkeling thuis en in het land van afkomst meer of minder aansluit bij die in Nederland en geen beletsel vormt voor een succesvol maatschappelijk functioneren.

Wat geestelijke gezondheid en psychopathologie betreft, zien we in Nederland bij de belangrijkste etnische groepen dat de Turks-Nederlandse en, in mindere mate, de Hindostaans-Nederlandse jongeren in verhouding minder psychiatrische problemen vertonen dan Marokkaans-Nederlandse en de Caribisch-Nederlandse jongeren.⁴⁸ Hindostaanse jongeren lopen wel een verhoogd risico op suïcide maar dit geldt niet alleen in Nederland maar

⁴⁵ Kouratovsky, 2002.

⁴⁶ Berry, Phinney, Sam & Vedder, 2006.

⁴⁷ Falicov, 2005.

⁴⁸ Selten & Cantor-Graae, 2005.

ook in Suriname en het Verenigd Koninkrijk.⁴⁹ Asielzoekers en vluchtelingen, en vooral de jeugdigen onder hen,⁵⁰ vertonen verder een bijzonder groot risico op psychopathologie. Verklaringen voor die verschillen worden gevonden in de onderlinge organisatie van deze groepen en mogelijkheid van steun, in hun uiterlijk en herkenbaarheid,⁵¹ en zeer waarschijnlijk ook in hun naam en de verschillende waardering die zij als gevolg daarvan ondervinden.⁵² Vooral vluchtelingjongeren, Marokkaans-Nederlandse en de Caribisch-Nederlandse jongeren worden in Nederland uitgesproken laag gewaardeerd. (Wigboldus, 2006).

Bij deze waardering spelen algemene waarnemingsfenomenen als categoriseren en stereotyperen, fenomenen die in extremis leiden tot discriminatie en racisme. Geen enkele groep en geen enkel individu is vrij van deze vertekeningen in de waarneming. Ze zijn dermate normaal dat 'niet stereotyperen [...] in zekere zin pathologisch [zou] zijn dat het wel doen'.⁵³ Stereotypen spelen tussen alle groepen en vaak volgens een patroon waarin elke groep zijn eigen vooroordelen bevestigd ziet.⁵⁴ Een onbewuste vorm, die daarom des te effectiever lijkt, zijn beschreven als 'virtuele stereotypen'.⁵⁵

Stereotypen bestaan uit associaties tussen bepaalde groepen of categorieën van mensen en aan hen toegeschreven kwaliteiten (gedragmatige verwachtingen, eigenschappen, fysieke kenmerken enzovoort). Een definitie waarvan we kunnen constateren dat racisme daar uiteindelijk ook onder valt. Zonder dat men zich daarvan bewust is, hebben die stereotypen een meetbaar effect op waarneming en gedrag. In de virtuele confrontatie met een (mogelijke) Marokkaan bleken stereotypen te leiden tot de automatische (subliminale, onbewuste) activatie van het reactiepatroon: 'pas op; potentieel agressief'. Experimenteel bleek de activatie van dit reactiepatroon uit een veranderde huidgeleiding en uit het in acht nemen van een grotere fysieke afstand.⁵⁶ Een dergelijk stereotype leidt zo tot bewuste en onbewuste afwijzing, een afwijzing waarvan de pijn overeenkomt met fysieke pijn⁵⁷ en welke een verwoestend effect kan hebben op de identiteit.⁵⁸

Dit experimentele resultaat biedt een verklaring voor de moeilijke positie van bijvoorbeeld Marokkaans-Nederlandse jongeren in Nederland. Ervaren discriminatie is een opmerkelijk sterke predictor van negatieve aspecten van het acculturatieproces: slechtere socioculturele en psychologische aanpassing, gebrekkige verbondenheid met leden van de meerderheidscultuur (in dit geval: Nederlanders en Nederland), slechtere integratie en versterkte etnische identiteit.⁵⁹ Een verhoogd risico op psychose en schizofrenie hangt hier, zoals we boven zagen, mee samen.

Bewustwording van de boodschappen die men oppikt over migranten en bijvoorbeeld Marokkanen en moslims kan de schadelijke effecten van stereotypen beperken. Onder invloed van stress en vermoeidheid, steken die stereotypen echter weer snel de kop op. Er is dus geen permanente oplossing voor.⁶⁰ Dat betekent dat blijvende en gerichte aandacht

⁴⁹ Garssen, Hoogenboezem & Kerkhof, 2006.

⁵⁰ Bean, 2006.

⁵¹ Selten & Cantor-Graae, 2005.

⁵² Montreuil & Bourhis, 2001.

⁵³ Wigboldus, 2006.

⁵⁴ Smith, 2006.

⁵⁵ Wigboldus, 2006.

⁵⁶ Ibid.

⁵⁷ Eisenberger & Lieberman, 2004.

⁵⁸ Dalal, 2006.

⁵⁹ Vedder & van de Vijver, 2003.

⁶⁰ Wigboldus, 2006.

voor stereotypen, het aan de orde stellen van verwachtingen en motivatie, en training op dat terrein nodig is en zal blijven.⁶¹ Deze onderkenning en volgehouden aandacht kan voorkomen dat ook professionals op automatische, onbewuste wijze meewerken aan uitsluiting en stereotypering door hun manier van diagnosestelling. Voor de Nederlandse situatie leidt dit ertoe dat veelgebruikte tests bij nakomelingen van migranten een vertekend beeld geven en concreet, dat nakomelingen van migranten als de Marokkaans-Nederlandse gemiddeld al snel en op onhoudbare gronden als zwakbegaafd en antisociaal kunnen worden getypeerd.⁶²

Straftoemeting

Professionals in de geestelijke gezondheidszorg zijn, net als ieder ander, niet vrij van de werking van deze onbewuste stereotypen.⁶³ Hun professionele verantwoordelijkheid vraagt echter dat men zich daar zoveel mogelijk van bewust is en te waken voor onnodige criminaliseren en psychopathologiseren.⁶⁴ Zeker bij een reëel gevaar mee te werken aan misplaatste psychodiagnostiek met als gevolg maatschappelijke uitsluiting met een wetenschappelijk tintje.

5. Samenvattend

In het bovenstaande is het belang bepleit van een cultuursensitieve psychiatrie en psychologie, en ditmaal niet alleen voor kinderen en adolescenten. Als aandachtspunten zijn besproken (1) de grote invloed van in cultuur en taal op de ontwikkeling en het functioneren, (2) de kwetsbaarheid ten gevolge van migratie en verhuizing en (3) de acculturatie en de wijze waarop de samenleving reageert op afkomst. De sterke wetenschappelijke basis van de invloed van deze factoren op het ontstaan van psychopathologie maakt het noodzakelijk om die effecten te onderkennen en in te passen in de klinische praktijk en met name ook in het forensische werkveld.

Het concept inwikkeling is geïntroduceerd om de diepgaande invloed aan te geven van factoren als cultuur, migratie en taal op de biopsychosociale ontwikkeling. Inwikkeling geldt voor iedereen en verstoring van deze inwikkeling, zoals gebeurt bij migratie, leidt tot vergrote kwetsbaarheid over meerdere generaties.

Van de diverse vormen van acculturatie blijkt integratie voor de geestelijke gezondheid, 'evidence based', het best. Hieruit volgt dat integratie ook een expliciet te bevorderen doel moet zijn van de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg. Om dit doel waar te kunnen maken moet een instellingsbeleid samen gaan met een opleidingsbeleid dat gericht op de benodigde vaardigheden, attitude en kennis bij professionals. Ook is het belangrijk om richtlijnen te ontwikkelen die kunnen bijdragen aan de ontwikkeling en toepassing van interculturele competenties, niet alleen in de algemene en openbare Ggz⁶⁵ maar ook binnen Justitie en in de forensische psychiatrie.

⁶¹ Vergelijk Alberts, Martijn & de Vries, 2006.

⁶² Bleichrodt & van de Vijver, 2001; Kouratovsky, 2002.

⁶³ Smith, 2006

⁶⁴ De Jong (2007) concludeert bijvoorbeeld dat Marokkaanse afkomst delinquent groepsgegedrag niet kan verklaren maar wel de straatcultuur in achterstandswijken, naast de algemeen menselijke behoeften aan erkenning, veiligheid en vertier.

⁶⁵ Kramer, 2004.

Personalia

Dr. Victor G. Kouratovsky, kinder- en jeugdpsycholoog te Rotterdam, promoveerde in 2004 aan de Universiteit van Tilburg op het onderwerp 'Voorwaardelijk behandeld'. Hij is gespecialiseerd in transculturele diagnostiek en therapie.

Literatuur

Alberts, Martijn & de Vries 2006

Alberts, H., Martijn, C. & de Vries, N.K. (2006). Over zelfcontrole. Voorbij de grenzen van beperkte energie. de *Psycholoog*, november 588-594.

Anzieu 1994

Anzieu, D. (1994) *Penser. Du moi-peau au moi-pensant*. Paris: Dunod.

American Psychiatric Association 1994

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*. Washington DC: A.P.A.

Baumeister, Dewart, Ciarocco e.a. 2005

Baumeister, R.F., Dewart, C.N., Ciarocco, N. J. & Twenge, J.M. (2005). Social Exclusion Impairs Self-Regulation. *Journal of Personality and Social Psychology* 88 (4) 589-604.

Baumeister & Leary 1995

Baumeister, R.F., Leary, M.R. (1995). The Need to Belong: Desire for Interpersonal Attachments as a Fundamental Human Motivation. *Psychological Bulletin* 117 (3) 497-529.

Bean 2006

Bean, T.M. (2006). *Assessing the psychological distress and mental healthcare needs of Unaccompanied refugee minors in the Netherlands*. Dissertation Leiden University.

Van den Berg 2006

Berg van den, M.P. (2006). *Parental psychopathology and the early developing child. The Generation R Study*. Dissertatie Erasmus Universiteit Rotterdam.

Berry, Phinney, Sam & Vedder 2006

Berry, J.W., Phinney, J.S., Sam, D.L. & Vedder, P. (eds.) (2006). *Immigrant youth in cultural transition: Acculturation, identity and adaptation across national contexts*. Mahwah: Lawrence Erlbaum.

Bleichrodt & van de Vijver 2001

Bleichrodt, N., van de Vijver, F.J.R. (Red.) (2001). *Diagnostiek bij allochtonen; mogelijkheden en beperkingen van psychologische tests*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Borra, Rohlof, & van Dijk 2002

Borra, R., Rohlof, H., & van Dijk, R. (2002). *Cultuur, classificatie en diagnose; cultuursensitief werken met DSM-IV*. Bohn, Stafleu, van Loghum.

Cantor-Graae & Selten 2005

Cantor-Graae, E., Selten, J-P. (2005). Schizophrenia and Migration: A Meta-Analysis and Review. *American Journal of Psychiatry* 162 (1): 12.

Cassiman 2000

Cassiman, A. (2000) When the child wants a name. The primary emergence of belonging among the Kasena: An anthropological analysis. *Medische Antropologie* 12 (1): 23-46.

Conant, Fastenau, Giordani, e.a. 2003

Conant, L.L., Fastenau, P.S., Giordani, B., Boivin, M.J., Chounramanay, C., Xaisida, S., Choulamountry, L. & Pholsena, P. (2003). Environmental influences on primary memory development: a cross-cultural study of memory span in Lao and American children. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 25(8) 1102-16.

Dahlal 2006.

Dahlal, F. (2006). Racism: processes of detachment, dehumanization, and hatred. *Psychoanalytical Quarterly* 75: 131-162.

De Clercq & de Fruyt 2007

De Clercq, B. & de Fruyt, F. (2007). Childhood antecedents of personality disorder. *Current Opinion in Psychiatry* 20: 57-61.

Eisenberger & Lieberman 2004.

Eisenberger, N.I., Lieberman, M.D. (2004) Why rejection hurts: a common neural alarm system for physical and social pain. *Trends in Cognitive Sciences* 8 (7) 294-300.

Falicov 2005

Falicov, C.J. (2005). Emotional Transnationalism and Family Identities. *Family Process* 44: 399-406.

Fearon & Morgan 2006

Fearon, P., Morgan, C. (2006). Environmental Factors in Schizophrenia: The Role of Migrant Studies. *Schizophrenia Bulletin* 32(3):405-408.

Fernando 2006

Fernando, S. (2006). Stigma, racism and power. *Aotearoa Ethnic Network Journal*

Fletcher-Janzen, Strickland & Reynolds 2000

Fletcher-Janzen, E., Strickland, T.L., Reynolds, C.R. (eds.) (2000). *Handbook of Cross-Cultural Neuropsychology*. New York [etc.] Kluwer.

Fonagy, Gergely & Target 2007

Fonagy, P., Gergely, G. & Target, M. (2007). The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 48(3/4) 288-328.

Gallese 2006

Gallese, V. 2006 Intentional attunement: A neurophysiological perspective on social cognition and its disruption in autism. *Brain Res. Cog. Brain Res.*, 1079: 15-24.

Gallese, Eagle & Migone 2007

Gallese, V., Eagle M.E., & Migone P. (2007). Intentional attunement: Mirror neurons and the neural underpinnings of interpersonal relations. *J. of the American Psychoanalytic Association*, 55: 131-176.

Garssen, Hoogenboezem & Kerkhof 2006

Garssen, J., Hoogenboezem, J. & Kerkhof, A. (2006). Zelfdoding onder Nederlandse Surinamers naar etniciteit. *Bevolkingstrends*, 3e kwartaal, 11-10-2006, p. 23-28.

Gergely & Csibra 2006

Gergely, G. & Csibra, G. (2006). Sylvia's Recipe: the Role of Imitation and Pedagogy in the Transmission of Cultural knowledge. In: N.J. Enfield & S.C. Levinson (eds.): *Roots of Human Sociality. Culture, Cognition and Interaction*. New York: Berg, p. 229-259.

Gergely, Katalin & Király 2007

Gergely, G., Egyed, K. & Király, I. (2007). On pedagogy. *Developmental Science* 10 (1) 139-146.

Gomperts 1992

Gomperts, W. (1992). *de opkomst van de sociale fobie. Een sociologische en psychologische studie naar de maatschappelijke verandering van psychische verschijnselen*. Amsterdam: Bakker.

De Jong 2007

De Jong, J.D. (2007). *Kapot moeilijk. Een etnografisch onderzoek naar opvallend delinquent groepsgedrag van 'Marokkaanse' jongens*. Amsterdam: Aksant

De Jong & van de Berg 1996

De Jong, J. & Van de Berg, M. (red.): *Transculturele psychiatrie en psychotherapie; Handboek voor hulpverlening en beleid*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Kouratovsky 1996

Kouratovsky, V. (1996). Migratie- en etnisch/ cultuur-specifieke aspecten bij de diagnostiek van kinderen en jeugdigen. In: J. de Jong & M. Van de Berg (red.): *Transculturele psychiatrie en psychotherapie; Handboek voor hulpverlening en beleid*. Lisse: Swets & Zeitlinger, p. 185-203.

Kouratovsky 2002

Kouratovsky V (2002). *Wat is er aan de hand met Jamila? Transculturele diagnostiek bij de Bureaus Jeugdzorg*. Utrecht: FORUM/ Amsterdam: Boom.

Kouratovsky 2002b

Kouratovsky, V. (2002b). Psychotherapie, migratie en etniciteit. In: *Kinder en jeugdpsychotherapie* 29 (1) p. 46-58.

Kouratovsky 2004

Kouratovsky, V. (2004). *Voorwaardelijk behandeld. Evaluatie van het project Incestdaderbehandeling Rotterdam*. (dissertatie). Wolf Legal Publishers.

Kouratovsky 2005

Kouratovsky, V. (2005). ADHD bij kinderen en jongeren vanuit een transcultureel psychiatrisch perspectief. *Cultuur, Migratie en Gezondheid* 2(2), p.43-47.

Kouratovsky 2007

Kouratovsky, V. (2007). Ontwikkeling en inwikkeling. Naar een cultuursensitieve diagnostiek en therapie voor kinderen en adolescenten. In: R. Beunderman, A. Savenije, F. de Rijke, P. Willems (red.) *Interculturalisatie in de Jeugd-GG z. Wat speelt er?* Van Gorcum, p. 166-178.

Kramer 2004

Kramer, S. (2004). *Interculturele competentieprofielen in de GGZ*. Rotterdam: MIKADO.

Laplanche 1997

Laplanche, J. (1997). *Le primat de l'autre en psychanalyse. Travaux 1967-1992*. Paris: Flammarion.

Matsumoto 2000

Matsumoto, D. (2000). *Culture and Psychology. People around the world*. (2nd edition). Belmont (USA): Wadsworth.

Matsumoto 2001

Matsumoto, D. (ed.) (2001). *The Handbook of Culture and Psychology*. Oxford University Press.

Matsumoto 2006

Matsumoto, D. (2006). Culture and Nonverbal Behavior. In Manusov, V., & Patterson, M. (eds.). *Handbook of nonverbal communication*. Thousand Oaks, CA: Sage.

McHale 2007

McHale, J.P. (2007). When Infants Grow Up in Multiperson Relationship Systems. *Infant Mental Health Journal* 28 (4) 370-392.

Meltzoff 2005

Meltzoff, A.N. (2005). Imitation and other minds: The "Like Me" hypothesis. In S. Hurley and N. Chater (eds.), *Perspectives on Imitation: From Neuroscience to Social Science*. Cambridge (Ma.): MIT, p. 55-77.

Metcalf & Mischel 1999

Metcalf, J. & Mischel, W. (1999). A Hot/Cool-System Analysis of Delay of Gratification: Dynamics of Willpower. *Psychological Review*, 106 (1) 3-19.

Montreuil & Bourhis 2001.

Montreuil, A, Bourhis, R.Y. (2001). Majority Acculturation orientations toward "Valued" and "Devalued" Immigrants. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 32 (6) 698-719.

Ogden 1989

Ogden, T.H. (1989). *The Primitive Edge of Experience*. Northvale (N.J.)/London: Aronson.

Van Os e.a. 2005 / Van Os, Krabbendam, Myin-Germeys & Delespaul, 2005

Os, J. van, Krabbendam, L., Myin-Germeys, I. & Delespaul, P. (2005). The schizophrenia envirome. *Current Opinion in Psychiatry* 18: 141-145.

Oyolede 2002

Oyolede, O. (2002). *Mental illness in Culture, Culture in Mental illness*. An anthropological view from South Africa. *Medische Antropologie* 14 (2) 251-275.

Patino, Selten, Van Engeland e.a. 2005

Patino, L.R., Selten, J-P., Van Engeland, H.E., Duyx, J.H.M., Kahn, R.S. & Burger, H. (2005) Migration, family dysfunction and psychotic symptoms in children and adolescents. *British Journal of Psychiatry* 186: 442-443.

Selenius, Dåderman, Meurling, Levander 2006

Selenius, H., Dåderman, A.M., Meurling, A.W., Levander, S. (2006). Assessment of dyslexia in a group of male offenders with immigrant backgrounds undergoing a forensic psychiatric investigation. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology* 17(1) 1 – 22.

Selten & Cantor-Graae 2005

Selten, J-P. & Cantor-Graae, E. (2005). Social defeat: risk factor for schizophrenia? *British Journal of Psychiatry* 187: 101-102.

Sloterdijk 1998, 1999

Sloterdijk, P. (1998). *Sphären I, Blasen*. Frankfurt a/M: Suhrkamp.

Sloterdijk, P. (1999). *Sphären II, Globen*. Frankfurt a/M: Suhrkamp

Smith 2006

Smith, H.F. (2006). Invisible racism. *Psychoanalytical Quarterly* 75 : 3-20.

Toppelberg, Medrano, Morgens e.a. 2002

Toppelberg, C., Medrano, L., Morgens, L.P. & Nieto-Castanon, A. (2002) Bilingual Children Referred for Psychiatric Services: Associations of Language Disorders, Language Skills, and Psychopathology. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 41(6):712-722.

Topperlberg& Shapiro 2000

Topperlberg, C.O. & Shapiro, T. (2000). Language Disorders: A Ten Years Research Update Review. *Journal of the Academy for Child & Adolescent Psychiatry* 39 (2) 143-152.

Vedder & Van de Vijver 2003

Vedder, P., van de Vijver, F.J.R. (2003). de acculturatie en adaptatie van migrantenjongeren in Nederland. Een vergelijkende studie. *Migrantenstudies*, Themanummer Jeugd, 19 (4) 252-265.

Verheggen, T. & Voestermans 2007

Verheggen, T. & Voestermans, P. (2007). Van verloskamer tot strafbank. Over het heilloze gemarchandeer met ‘cultuur’. de *Psycholoog* 42 (november) p. 600-605.

Vlaminck 2005

Vlaminck, P. (2005). de *moderne aanpak van de vroege psychose*. Delft: Eburon.

Wang 2004

Wang, Q. (2004). The Emergence of Cultural Self-Constructs: Autobiographical Memory and Self-Description in European American and Chinese Children. *Developmental Psychology*, Vol. 40 (1) 3-15.

Wigboldus 2006

Wigboldus, D.H.J. (2006). Virtuele stereotypen. de *Psycholoog* 41 (9) 442-448.

Williams 2006

Williams, R. (2006). The Psychosocial Consequences for Children and Young People who are exposed to Terrorism, War, Conflict and Natural Disasters. *Current Opinion in Psychiatry* 19 (4) 337-349.

World Healer 2006

World Healer; Newsletter of the WPA-Transcultural Psychiatry Section, 2006 (1)1 <http://wpa-tps.org/PDF/WH-Voll-Issue1.pdf> -

HOOFDSTUK 7

VISIES

Affectieschade, shockschade en compensatie: de visie van een psychiater*

Beschouwing n.a.v. het wetsontwerp affectieschade tijdens het symposium affectieschade

W. van Tilburg

1. Inleiding

De drie in de titel genoemde begrippen zijn primair juridisch van aard. Zij verwijzen echter naar fenomenen, die ook in de psychiatrie al geruime tijd de nodige aandacht krijgen. Ik zal mij in dit artikel eerst bezighouden met een psychiatrische vertaling van het begrip 'affectieschade' aan de hand van een aantal recente onderzoeksgegevens en daarop gebaseerde inzichten. Daarna zal ik in het licht van de zo verkregen inzichten het concept 'shockschade' trachten te doorgronden. Ten slotte zal ik nog kort stilstaan bij de psychiatrische aspecten van de 'compensatie', de 'genoegdoening'. Ik zal mij beperken tot mijn vakgebied, de psychiatrie, maar zo nu en dan zal ik mij enig grensoverschrijdend gedrag toestaan op sociologisch en juridisch terrein.

Affectieschade wordt door Van Dam¹ omschreven als "de (immateriële) schade die iemand lijdt door het overlijden of ernstig gewond raken van een naaste verwant". Eerst iets over het begrip schade, zoals het hier wordt bedoeld. de minister bedoelt in zijn memorie van toelichting bij het betreffende wetsontwerp hiermee de gevolgen van "een normschending jegens een slachtoffer, die haar weerslag heeft op diens verwanten". Het is te verdedigen om te stellen dat het hier in ruimere dan strikt juridische zin om twee soorten slachtoffers gaat; je zou kunnen spreken van directe en indirecte slachtoffers van een normschending door een medemens. Van Dam noemt het ontbreken van een algemeen recht op vergoeding van affectieschade een pijnlijke lacune in het Nederlands aansprakelijkheidsrecht. Dit verschijnsel is vergelijkbaar met de tot voor kort relatief geringe aandacht voor het slachtoffer in het strafrecht, dat volgens bijv. Boutellier² in de westerse wereld van oudsher uitgesproken dadergericht is geweest, binnen een context van handhaving van de rechtsorde. Maar het gaat om een maatschappelijk nog breder verschijnsel. Ook in de psychiatrie is de wetenschappelijke aandacht voor het slachtoffer en de getroffen en in het algemeen van betrekkelijk recente datum. Pas in 1980 hebben de psychische stoornissen tengevolge van een schokkende gebeurtenis zich onder de naam "posttraumatische stress-stoornis" een vaste plaats verworven in het meest invloedrijke psychiatrische classificatiesysteem, het Diagnostic and Statistical Manual van de Amerikaanse Psychiatrische Vereniging, en wel in de derde editie daarvan, bekend geworden via haar afkorting tot DSM-III. Daarvoor was er wel belangstelling voor dit type stoornissen, maar deze was erg wisselend, weinig systematisch en beperkt tot heel speciale situaties en populaties, met name soldaten en andere oorlogsslachtoffers. In de laatste twintig jaar zijn trauma's en slachtoffers in onze dagelijkse werkelijkheid herkenbaar geworden. Het

* Eerder gepubliceerd in Verkeersrecht 2004, p. 7-12.

¹ C.C. van Dam, *Smartengeld voor affectieschade en shockschade*, Smartengeld, 15^e druk 2003, p. 6-17.

² H. Boutellier, *Solidariteit en slachtofferschap*, SUN, Nijmegen 1993.

woord trauma is tot het dagelijks jargon van de hoger opgeleiden doorgedrongen. Feitelijk mag men deze term alleen gebruiken als iemand door de betreffende gebeurtenis echt getraumatiseerd is, dus symptomen daarvan vertoont. Iemand kan ook met een schokkende gebeurtenis geconfronteerd worden, er zelfs van schrikken, het afschuwelijk vinden, zonder dat dit verdere gevolgen heeft. Strikt genomen mag men dan niet van een trauma spreken. In de praktijk, maar ook in de literatuur en zelfs in de DSM houdt vrijwel niemand zich aan deze logica. Ik zal dat dan ook niet doen. 'Trauma' wordt hier gebruikt als synoniem voor 'schokkende gebeurtenis', d.w.z. een gebeurtenis, die iemand potentieel kan traumatiseren, maar dat niet altijd hoeft te doen. Iets anders gezegd: de kans daarop is groter dan bij niet-traumatische gebeurtenissen.

Waar komt die groeiende belangstelling voor het slachtoffer, de getroffene, de getraumatiseerde vandaan? Boutellier wijst er in zijn boek "Solidariteit en slachtofferschap" uit 1993 op, dat dit een typisch kenmerk is van onze postmoderne westerse democratisch-liberale maatschappij. We hebben eigenlijk geen gemeenschappelijke waarden en normen meer, behalve het verbod op normschendend, gewelddadig of wreed gedrag dat gericht is tegen anderen of anderen ernstig nadeel berokkent. Het slachtofferschap is een laatste moreel houvast geworden, waarover consensus nog mogelijk is: het mag niet voorkomen en we moeten er wat aan doen. Een iets ander accent legt Dorien Pessers in haar recente oratie³ "Over de personalisering van de publieke sfeer". Zij wijst op de toegenomen aandacht voor de individuele burger in onze gefragmenteerde maatschappij, met zijn/haar persoonlijke behoeften, belangen, gevoelens en kwetsbaarheden. Daar past een grotere aandacht voor het persoonlijk leed ook bij. Een derde factor is wellicht, dat we ons steeds meer zijn gaan realiseren hoe groot de menselijke factor is geworden bij de diverse vormen van traumatisering. Mensen kunnen elkaar onvoorstelbare wrede daden aandoen, maar ook leed toebrengen door onzorgvuldigheid, nalatigheid, slordigheid. De mogelijkheden tot het veiliger maken van de wereld door technische beheersing, voorspelling en regelgeving zijn veel groter geworden. Daarom accepteren wij minder als vanzelfsprekend dat het soms mis gaat. Er heeft immers iemand gefaald, de ramp heeft een gezicht gekregen, er is een dader. En die is niet God of het lot, maar een identificeerbaar mens. Daar hoort als vanzelfsprekend ook een herkenbaar slachtoffer bij.

We moeten intussen bij deze beschouwingen niet vergeten, dat modern epidemiologisch onderzoek heeft aangetoond, dat traumatische gebeurtenissen inderdaad zeer veel voorkomen. Om u een idee te geven noem ik de getallen van de groep van Naomi Breslau uit Detroit, gepubliceerd in 1998⁴: bij ongeveer 92,2% van de mannen en 87,1% van de vrouwen komen een of meer ernstige traumatische gebeurtenissen gedurende het leven voor; verreweg het grootste gedeelte daarvan betreft het plotseling (onverwacht) overlijden van een geliefd persoon, nl. 61,1% bij mannen en 59,0% bij vrouwen. Daar zullen dus heel wat gevallen van affectieschade bij zijn! Van de mannen ontwikkelt 10,2% en van de vrouwen 18,3% gedurende het leven een of meer perioden met een posttraumatische stress-stoornis (PTSS), een herkenbaar psychiatrisch ziektebeeld. Nog een belangrijk getal: een derde van alle gevallen van PTSS in de bevolking berust op het plotseling overlijden van een naaste. We houden ons dus niet met een klein probleem bezig.

³ D. Pessers, *Over de personalisering van de publieke sfeer*. Inaugurele rede, Vrije Universiteit Amsterdam 2002.

⁴ N. Breslau, Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder. In: Rachel Yehuda (ed.), *Psychological trauma*, American Psychiatric Press, Washington/London 1998.

2. Affectieschade

Nu dan enkele opmerkingen over het lijden, dat ontstaat door het overlijden of ernstig gewond raken van een naaste verwant. Psychiatrie en psychologie hebben hier het nodige over te melden. Twee begrippen staan hierbij centraal: rouwproces en traumatisering. Ik heb ze beide nodig om duidelijk te maken wat affectieschade psychiatrisch gezien is. Ik zal ze eerst separaat bespreken en dan met elkaar in verband brengen. Het is een nogal complexe materie, niet alleen voor relatieve buitenstaanders, omdat het onderzoek naar deze fenomenen zich aanvankelijk gescheiden heeft ontwikkeld.

Bij het rouwproces valt de nadruk op het bestuderen van de pijnlijke gevolgen van het verbroken worden van een hechte binding met een geliefd persoon, bij de traumatisering op de gevolgen van een schokkende, schrik, angst en ontzetting aanjagende gebeurtenis. Ze presenteren zich dan ook vaak niet gelijk. Het centrale gevoel bij het gewone rouwproces is verdriet, bij de traumatisering angst. Een probleem is, dat we regelmatig mensen ontmoeten, die bezig zijn met een verwerkingsproces na een schokkende gebeurtenis, dat kenmerken vertoont van beide processen.

En daar hebben wij juist bij ons onderwerp mee te maken: het plotseling overlijden van een geliefd iemand door een ongeval is ook een schokkende gebeurtenis, een trauma; het induceert vaak het beeld van de zgn. traumatische rouw. Dit is een concept, dat nog niet zo lang in de literatuur voorkomt, het duikt pas op in de tweede helft van de jaren '90. Het zal in het vervolg uitvoeriger aan de orde komen.

Rouwproces

Het complex van psychische, lichamelijke en sociale verschijnselen, dat optreedt na het overlijden van iemand die ons lief is, duidt men aan met de term rouwproces. Het is na de beroemde publicatie "Trauer und Melancholie" van Freud uit 1917⁵ al vele malen opnieuw beschreven, maar eigenlijk pas sinds de zeventiger jaren van de vorige eeuw met moderne empirische onderzoeksmethoden bestudeerd. Kort samengevat komt het erop neer, dat iemand eerst een kortere of langere periode van 'verbijstering' doormaakt, die uren, dagen of zelfs weken kan duren; de werkelijkheid dringt nog niet door. In een beroemd schilderij van de Noorse schilder Munch kan men dat goed waarnemen, nl. in 'de sterfkamer', met z'n in verbijstering en isolement doelloos rondhangende gestalten. Dan breekt een periode aan, waarin de rouwende voortdurend bezig is met de gestorvene, deze overal verwacht te zien, en voortdurend met hem of haar gepreoccupeerd is. Uiterst pijnlijke, elkaar snel afwisselende gevoelens van verdriet, boosheid, angst, schuldgevoel, hopeloosheid treden aanvalsgewijs op; iemand wordt voortdurend heen en weer geslingerd tussen ontkenning en tot zich laten doordringen van het verlies. Men spreekt wel van 'pangs of grief'.⁶ Daarnaast is er vaak een meer continu gevoel van zinloosheid, gedeprimeerdheid, neiging zich te isoleren, concentratiestoornissen, verlies van eetlust, slaapstoornissen, dus verschijnselen die men ook bij ernstige depressies kan tegenkomen. In normaal verlopende gevallen zal iemand meestal zijn werkzaamheden wel na enkele dagen of weken kunnen hervatten, maar vaak zal dat niet op het oude niveau zijn. Shuchter en Zisook⁷ vonden dat na 7 maanden nog meer dan een derde van de rouwendenden niet te-

⁵ S. Freud, *Rouw en melancholie (Trauer und Melancholie)*. In: Sigmund Freud, Nederlandse editie, Psychoanalytische theorie I, Meppel 1985.

⁶ C.M. Parkes, Bereavement. *British Journal of Psychiatry*, 1985 nr 146, p. 11-17.

⁷ S.R. Shuchter en S. Sizook, The course of normal grief. In: M.S. Stroebe, W. Stroebe en R.O.

vreden was over zijn werkprestaties. Na verloop van tijd zal iemand er meestal meer en meer in slagen het leven weer zo in te richten, dat de functies van de overledene in zijn of haar leven weer ingevuld of gecompenseerd worden; het maatschappelijk functioneren bereikt weer het oude niveau. Ten slotte heeft iemand het overlijden ook emotioneel een plaats gegeven en het rouwproces kan worden afgesloten.

Een rouwproces vat men in het algemeen op als een aanpassing aan een uiterst pijnlijke gebeurtenis, de nauwe affectieve relatie die men met iemand heeft wordt verbroken door de dood, of door een letsel, dat iemand zo beschadigt, dat de relatie totaal van karakter verandert en dus feitelijk verdwijnt. Het gaat meestal om gewone, tot het leven behorende gebeurtenissen. Het rouwproces is dan ook niet opgenomen in de meest recente catalogus der psychische stoornissen, de DSM-IV-TR.⁸ Dat neemt niet weg, dat het geen aandacht zou verdienen. Onderzoek van enkele tientallen jaren heeft geleerd, dat een rouwproces zowel een belastende als een relatief riskante periode in een mensenleven is. Ik vat een aantal uitkomsten samen.

In uitspraken over de normale duur van het proces is men steeds terughoudender geworden. Dacht men voor een normaal rouwproces aanvankelijk in termen van weken,⁹ nu denkt men minstens in maanden of aan termijnen, die het jaar of meer kunnen overschrijden, zeker als het gaat om een overlijden met veel impact, zoals de dood van een jong kind. Uit een recent literatuuroverzicht blijkt dat de meeste mensen na een jaar weer op hun oude niveau functioneren.¹⁰ Gedurende het rouwproces neemt het aantal lichamelijke klachten en de daarmee samenhangende medische consumptie toe.¹¹ Al vele malen is aangetoond, dat de kans op overlijden met name bij jongeren, en in de eerste maanden na het overlijden, groter is dan bij een controlegroep,¹² zonder dat men dit aan een speciale ziekte kan toeschrijven.¹³ Ook in sociaal opzicht is deze periode riskant. Ik noem als voorbeeld het stuk lopen van een relatie van ouders die een jong kind verliezen. Dan is er ook een niet te verwaarlozen toename van de kans op erkende, d.w.z. in het officiële psychiatrische classificatiesysteem (bij ons de DSM-IV-TR), opgenomen psychische stoornissen. Als deze zich echt manifesteren heeft men van doen met een rouwproces, dat niet meer normaal verloopt.

Hansson (eds.), *Handbook of bereavement: theory, research and intervention*, Cambridge University Press, Cambridge 1993.

⁸ APA: *American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4e ed., text revision. DSM-IV-TR. American Psychiatric Association, Washington D.C. 2000.

⁹ W.A. Nolen, Wereldgezondheidszorgorganisatie zet psychiatrie hoog op de agenda, ook met consequenties voor Nederland. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 2002 nr 146, p. 297-299.

¹⁰ G.A. Bonanno en S. Kaltmann, The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, 2001 nr 21, p. 704-734.

¹¹ P.J. Clayton, Bereavement. In: *Encyclopedia of Stress*, Vol. I, p. 304-311, Academic Press 2000.

¹² W. Stroebe en M.S. Stroebe, The mortality of bereavement: a review. In: M.S. Stroebe, W. Stroebe en R.O. Hansson (eds.) *Handbook of bereavement*, Cambridge University Press, New York 1993.

¹³ Zie noot 11.

De grens tussen normaal en pathologisch is niet altijd eenvoudig vast te stellen, maar praktisch gaat het vooral om rouwprocessen, die chronisch worden en daarbij gecompliceerd worden door psychische stoornissen.¹⁴ Het gaat natuurlijk primair om depressies, maar daarnaast moeten ook verslavingen en angststoornissen worden genoemd (APA, 1994). Clayton¹⁵ stelde vast, dat 42% van de rouwendenden na 1 maand voldoet aan de criteria voor een klinische depressie; volgens een afspraak in de DSM-IV-TR stelt men echter de diagnose depressie niet in de eerste twee maanden van een rouwproces, behalve als het om symptomen gaat van een zeer ernstige levensgevaarlijke depressie. Na 1 jaar kon Clayton overigens nog steeds bij 16% de diagnose depressie stellen! Men schat, dat de aanduiding 'gestoord rouwproces' in ongeveer 10 tot 20% van de gevallen op haar plaats is.¹⁶ Sommige auteurs pleiten ervoor de gestoorde rouw als apart psychiatrisch ziektebeeld te erkennen en op te nemen in de toekomstige DSM-V. Anderen zijn nog niet zo overtuigd van het nut daarvan.¹⁷ Overigens wijzen de laatste auteurs ook nog op het bestaan van de wat minder vaak besproken groep van mensen, die in de eerste maanden na het verlies van een naaste maar weinig tekenen van verdriet vertoont, en die in empirische studies varieert van 15 tot 50%. In het verleden was men veelal van mening, dat het bij deze groep om een vorm van zogenaamde 'uitgestelde' of 'gemaaskeerde' rouw zou gaan, maar tot dusver ontbreekt het ondubbelzinnig empirisch bewijs dat het bestaan van een dergelijke categorie deze cijfers kan verklaren.¹⁸ Het kan ook gaan om een snelle en geslaagde aanpassing.

Voor ons onderwerp is het van belang nog even stil te staan bij de risicofactoren voor een gestoord of liever een *gecompliceerd rouwproces*. Een belangrijke factor is de *wijze van overlijden*. Met name het onverwachte en/of gewelddadig en/of door nalatigheid overlijden geldt van oudsher als een risicofactor.¹⁹ Bij de in het wetsontwerp bedoelde affectieschade zal daar vaak sprake van zijn. Dat geldt ook voor ambivalente en/of door een sterke afhankelijkheid gekleurde relaties, alsmede voor de ouder-kindrelatie; hierbij gaat het vooral om het verliezen van kinderen jonger dan 20 jaar of het verliezen van de moeder door kinderen tot 5 jaar of tussen de 10 en 15 jaar.²⁰ Belangrijke risicofactoren liggen in het persoonlijke vlak. Behalve psychische stoornissen en persoonlijkheidsfactoren zijn er de eerder opgetreden verliessituaties; sommige mensen worden in korte tijd geconfronteerd met relatief veel sterfgevallen van voor hen belangrijke personen. Soms kan dat teveel worden. Op sociaal terrein zijn het afwezig zijn van vertrouwde relaties bij wie men steun kan zoeken en een slechte sociaal-economische conditie risicofactoren van betekenis.

Concluderend kan men stellen, dat een gewoon rouwproces niet alleen zwaar kan zijn vanwege het verdriet, maar ook vanwege de nieuwe aanpassing die nodig is en de vele

¹⁴ Zie noot 10.

¹⁵ P.J. Clayton, Bereavement and depression. *Journal of clinical psychiatry*, 1990 nr 51, p. 34-40.

¹⁶ R.J. Kleber, D. Brom en P.B. Defares, *Traumatische ervaringen, gevolgen en verwerking*. Swets en Zeitlinger, Lisse 1986. M. Stroebe, H. Schut en C. Finkenauer, The traumatization of grief? A conceptual framework for understanding the trauma-bereavement interface, *Isr. J. Psychiatry Relat. Sci.* 38, 2001, p. 185-201. G.A. Bonanno en S. Kaltmann a.w. (noot 10).

¹⁷ Zie voor een discussie daarover Stroebe e.a. (noot 16) en G.A. Bonanno en S. Kaltmann a.w. (noot 10).

¹⁸ Zie noot 10.

¹⁹ Zie noot 6.

²⁰ Zie noot 6.

risico's die men lichamelijk, psychisch en sociaal loopt; deze kunnen tot de nodige ziekten, stoornissen en problemen leiden. Een uniform beeld is daar niet van te geven, de variatie in intensiteit en duur van het rouwproces is groot. Het normale rouwproces kent, kort samen gevat, een gemiddelde, een korte, een minimale en een intensieve, langer durende variant, die door Bonanno en Kaltman²¹ op resp. 50-85%, 15-50% en 15% worden geschat. Dat roept ook vragen op omtrent de billijkheid van een standaardcompensatie in gevallen waar dat aan de orde is.

Het is waarschijnlijk dat de in het Nederlandse wetsontwerp terzake bedoelde affectieschade meestal zal ontstaan door gebeurtenissen, die onverwacht optreden, vaak met geweld of nalatigheid gepaard gaan en een verminkend of verwondend karakter hebben. Onderzoek heeft, te beginnen met de belangrijke studie van Lehman e.a.²² duidelijk aangetoond, dat zij tot een heftiger en langduriger rouwproces leiden dan de meestal aan niemand te verwijten sterfgevallen door ziekte, waarop men zich doorgaans beter kan voorbereiden, hoe smartelijk en tragisch die ook kunnen zijn. Aan het rouwproces voegen ze als het ware nog een traumatische dimensie toe, men spreekt sinds een aantal jaren wel van 'traumatische rouw'.²³ Sommige onderzoekers spreken in dit verband wel van een 'dubbele psychologische belasting'.²⁴ Daarmee zijn we toegekomen aan de bespreking van de andere onderzoekstraditie op dit terrein, die van de traumatisering.

Traumatisering

Het type gebeurtenissen, dat leidt tot affectieschade, is niet alleen bestudeerd in het kader van de rouwprocessen, het is tegelijkertijd ook goed in te passen bij de gebeurtenissen, die beschreven worden in de criteria van de posttraumatische stress-stoornis (PTSS) volgens de DSM-IV-TR (2000), het meest prominente gevolg van een traumatische ervaring. de voorloper van de DSM-IV-TR, de DSM-IV uit 1994, heeft dat mogelijk gemaakt, door voor het eerst de dood van anderen onder de mogelijke traumata op te nemen. Zij heeft destijds dus het traumacriterium mede op grond van de destijds beschikbare gegevens verruimd.

Criterium A van de PTSS geeft aan, dat het bij deze stoornis gaat om het ervaren of getuige zijn van feitelijke en/of dreigende dood dan wel ernstige verwonding, of bedreiging van de fysieke integriteit van zichzelf of anderen. In de toelichting bij deze omschrijving leest men, dat het bij het "ervaren van de dood van anderen" gaat om "het geïnformeerd worden omtrent de plotselinge en/of gewelddadige dood van iemand". Opmerkelijk is dus, dat zowel "het getuige zijn van" als "het geïnformeerd worden over" in de DSM-IV-TR als potentieel traumatisch worden beschreven. We zullen later zien, dat onderzoeksgegevens deze "gelijkschakeling" ondersteunen. Een belangrijk additioneel criterium is, dat de schokkende gebeurtenissen worden ervaren met intense angst, hulpeloosheid of afschuw. Hiermee zijn we terechtgekomen in een sfeer, die verschilt van die van het rouwproces aan het sterfbed. In een ander beroemd schilderij van Munch wordt dat goed

²¹ Zie noot 10.

²² D.R. Lehman, C.B. Wortman en A.F. Williams, Long-term effects of losing a spouse or child in a motor vehicle crash. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1987 nr 52, p. 218-231.

²³ B.L. Green, Traumatic Loss: conceptual and empirical links between trauma and bereavement. *Journal of Personal and Interpersonal Loss*, 2000 nr 4, p. 1-17.

²⁴ B. Raphael en N. Martinek, Assessing traumatic bereavement and posttraumatic stress disorder. In: J.P. Wilson and T.P. Keane (eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD*, Guilford, New York 1997.

uitgebeeld, nl. in “de schreeuw”. In de overige criteria van de DSM-IV-TR wordt de PTSS helder geschilderd.

Criterium B noemt de herbelevingen, die overdag plaatsvinden of 's nachts in dromen, en die zeer levensecht moeten zijn, met de lichamelijke reacties erbij, die aanvankelijk voorkwamen.

Criterium C beschrijft het vermijdingsgedrag. Prikkel die aan het trauma herinneren worden vermeden, soms zelfs kan men zich aspecten ervan niet meer herinneren; het kan ook zijn, dat er sprake is van een algemene afstomping, bijv. desinteresse, gevoelsmatig minder kunnen reageren.

<I>Criterium D<P> handelt over het omgekeerde, nl. de verhoogde prikkelbaarheid, de schrikachtigheid, de slaap- en concentratiestoornissen. de klachten moeten minstens een maand duren en duidelijk lijden dan wel beperkingen in het functioneren veroorzaken.

Het verloop van de klachten na een trauma is al veel bestudeerd. Na het trauma ontwikkelt zich bij een bepaald percentage van de slachtoffers een PTSS. In de verschillende studies blijkt dat te variëren van 8 tot 100%. de ernst van het trauma is daarvoor bepalend. Na een verkrachting vindt men zeer hoge percentages. In het onderzoek van Rothbaum en medewerkers uit 1992²⁵ was dat bijv. 94% in de eerste weken, als men even afzag van het criterium dat ze minstens een maand moeten duren, voordat men de diagnose PTSS echt mag stellen. Na 11 weken was dat gedaald tot 47%. Na een jaar plegen dit soort percentages te dalen tot zo'n 15 à 20%. Men houdt dan de lijders aan een chronische PTSS over. Voor lichtere trauma's zal de curve lager beginnen en sneller dalen tot een lager niveau.

Conclusie

Dit soort curves vertoont een opmerkelijke overeenkomst met die van het ‘symptoomverloop’ bij het rouwproces. Trouwens, als men de bovengenoemde symptomen van de PTSS vergelijkt met die van het rouwproces zal men zeer veel overlap vinden. Nederlandse onderzoekers vonden bijv. dat 50% van de rouwprocessen te eniger tijd gedurende hun verloop voldoen aan de criteria voor een PTSS.²⁶ Sommige deskundigen pleiten ervoor rouwprocessen dan ook op te vatten als een bijzondere vorm van posttraumatische reacties in het algemeen, waarbij de accenten wat meer liggen op het verbroken zijn van een belangrijke affectieve relatie en wat minder op het schokkend zijn van de gebeurtenis als zodanig. Het wordt dan ook gemakkelijker de overgangsvormen zoals de traumatische rouw, waarmee wij ons hier bezighouden, een plaats te geven. Voor ons onderwerp is het vooral van belang vast te stellen, dat het wetenschappelijk niet goed mogelijk is gebleken betrouwbare en valide criteria te ontwikkelen om in twijfelgevallen rouwproces en traumatisering van elkaar te onderscheiden. We kunnen dus veilig concluderen, dat zoiets in een onduidelijk, problematisch praktijkgeval al helemaal onmogelijk zal zijn. Een deskundige, die zijn literatuur kent, zal daar niet aan beginnen.

²⁵ B.O. Rothbaum, E.B. Foa, D.S. Ruggs, T. Murdoch and W. Walsh, A prospective examination of posttraumatic stress disorder in rape victims. In: *J. Traum, Stress*, 1992 nr 5, p. 455-475.

²⁶ H. Schut, J. de Keijser, J. van den Bout en J. Dijkhuis, Post-traumatic stress symptoms in the first year of conjugal bereavement, *Anxiety Research*, 1991 nr 4, p. 225-234.

3. Shockschade

We zijn er nu aan toe het concept 'shockschade' tegen het licht te houden. de situatie, waarin dit begrip van toepassing is, lijkt in een aantal opzichten op die bij affectieschade. Bij shockschade gaat het om het overlijden c.q. het ernstig verwond raken van mensen met wie een nauwe affectieve relatie bestaat. Dat is dus een ruimere omschrijving dan de kring van gerechtigden bij de affectieschade. In de praktijk zullen deze kringen echter vaak samenvallen. Daarnaast moet er sprake zijn van een psychisch letsel, dat tot uitdrukking komt in het bestaan van een erkend psychiatrisch ziektebeeld. Vervolgens dient de schade veroorzaakt te zijn door de directe confrontatie met de situatie, waarin de shock werd toegebracht. Ten slotte moeten de gevolgen hiervan worden onderscheiden van die van gelijktijdig optredende affectieschade. de laatste wordt tot op heden immers niet vergoed.

Als we met een psychiatrisch oog naar de geschetste situatie kijken is het duidelijk, dat deze criteria ons voor onoverkomelijke problemen plaatsen. Dat geldt met name als het gaat om situaties, waarin ook sprake is van affectieschade. Het gaat dan namelijk niet om het op zichzelf ook al onmogelijke discrimineren van een traumacomponent van een rouwcomponent, anders gezegd van het aandeel van de 'schok' van dat van het 'verdriet'. Dat wordt in het artikel van Van Dam gesuggereerd. de situatie is echter op grond van wat ik hiervoor heb gezegd een andere. de situatie waarin affectieschade ontstaat is namelijk ook een traumatische, maar daar speelt een ander trauma, nl. het krijgen van informatie over een ingrijpend persoonlijk verlies, dat zich onverwacht en door het toegebracht worden van letsel heeft voltrokken. Bij shockschade gaat het bovendien ook nog om het getuige daarvan zijn. Eigenlijk zou je om shockschade volgens de nu gangbare definitie vast te kunnen stellen dus twee soorten traumatisering naar hun effect moeten kunnen onderscheiden. In het concrete geval is dat een moeilijke zo niet onmogelijke opgave. Ook de herbelevingen van iemand die bijv. een PTSS heeft, zijn geen betrouwbaar criterium om vast te stellen welk trauma het meeste impact heeft gehad. Daarvoor kunnen er teveel vertekeningen en verschuivingen optreden.²⁷ Bovendien zijn trauma's door hun betekenis voor de betrokkene werkzaam. Dat heeft tot gevolg, dat de betekenis van de een die van de ander zal beïnvloeden en vice versa. Het resultaat daarvan kan dan niet kunstmatig in zijn componenten worden ontbonden. Het ziet er overigens naar uit - als je op onderzoeksgegevens afgaat - dat de traumatische factor die bij het ontstaan van de affectieschade hoort, die van het getuige zijn verre overtreft. Ik presenteer om dat verder te onderbouwen nog enkele recente onderzoeksgegevens.

Onderzoeksresultaten

De kansen voor verschillende typen trauma's op het genereren van een volledig ontwikkelde PTSS (dus met de minimale duur van een maand!) in de posttraumatische periode is door Breslau en medewerkers²⁸ op basis van de gegevens uit een bevolkingsonderzoek berekend. Voor trauma's in het algemeen was dat 9,2%. Voor verkrachtingen vonden zij het hoogste percentage, nl. 49%, gevolgd door mishandeling (31,9%), ernstige ongevallen (18,8%), plotseling overlijden van naasten (14,3 %), en getuige zijn van dood of verwonding van een willekeurig iemand (7,3%). de meeste van deze stoornissen gaan dus

²⁷ B.J.N. Schroeder, *Psychotrauma. de psychologie van schokkende ervaringen*, Koninklijke van Gorcum, Assen 2003.

²⁸ Zie noot 4.

weer voorbij, maar een bepaald percentage blijft bestaan, wordt chronisch. Dat varieert per traumatype. Het is echter duidelijk, dat het onverwacht verliezen van een naaste veel traumatiserender is, dan puur het getuige zijn van een ongeval van een willekeurig iemand. Als het om een naaste gaat, zal het getuige zijn zeker iets toevoegen aan de impact van de gebeurtenis, maar hoeveel is niet precies bekend. Uit de gegevens van Breslau en medewerkers zou men kunnen afleiden dat het leeuwendeel van de traumatisering vermoedelijk veroorzaakt wordt door de onverwachte informatie dat een geliefd iemand dood is, of men daar nu direct getuige van is of niet. Hierop gericht empirisch onderzoek zal echter het definitieve bewijs moeten leveren.

Volgens recente wetenschappelijke inzichten kan men affectieschade dus opvatten als een vorm van shockschade, als men even afziet van de eis, dat er sprake moet zijn van een erkend psychiatrisch ziektebeeld. Als het gaat om de plotselinge dood van een naaste ten gevolge van een verkeersongeluk, is de kans dat je daardoor getraumatiseerd wordt niet uitsluitend afhankelijk van het er al of niet bij geweest zijn. Dat klopt wel met hoe de mens psychisch functioneert. Hij is niet zo gebonden aan zijn waarneming als een dier, hij heeft een binnenwereld, bevolkt door voorstellingen, die levendiger zijn naarmate iemand vertrouwer en geliefder is. De aantasting van die binnenwereld door een mededeling dat een naaste verwante plotseling is overleden, hoeft dan weinig minder traumatisch te zijn dan het zien gebeuren ervan.

Een zeer recent onderzoek van Kaltman en Bonanno²⁹ heeft nog een ander licht geworpen op het criterium van de onverwachte, gewelddadige dood als oorzakelijke factor voor de traumatische rouw. Zij stelden vast, dat niet het onverwachte karakter, maar met name de gewelddadige of verwondende aard van het trauma leidt tot het ontstaan van een PTSS-achtig beeld. Dit hoeft niet in tegenspraak te zijn met de eerder vermelde epidemiologische bevindingen van onderzoekers als Breslau, omdat de meeste gevallen van onverwacht, plotseling overlijden in de bevolking vermoedelijk aan ongevallen te wijten zijn.

De 'erkende' psychiatrische ziektebeelden, die in een rouwproces of na een trauma kunnen ontstaan, zijn in beide gevallen depressies, angststoornissen (waaronder de PTSS) en verslavingen, overigens qua frequentie ook de top drie in de algemene bevolking. De PTSS wordt altijd gezien als het posttraumatisch ziektebeeld bij uitstek (dat men dus ook bij veel rouwprocessen aantreft!), maar men vergeet daarbij gemakkelijk, dat de andere angststoornissen en de depressies niet alleen vaak samen met de PTSS voorkomen, maar ook als enige stoornis. Volgens recente gegevens overtreft de frequentie van hun voorkomen als enige stoornis zelfs die van de PTSS! Diagnostisch geeft dat wel problemen, waar het de causaliteit betreft. Men moet bij onderzoek in het kader van gerechtelijke schadeprocedures dan vaststellen of zij in hoofdzaak veroorzaakt worden door de trauma of het verlies. Dat is niet altijd gemakkelijk.

Conclusie

Ik vat samen. de affectieschade als juridisch begrip verwijst naar een vorm van traumatische rouw, die door normschendend gedrag tegenover een naaste verwant wordt veroorzaakt. Dat is psychiatrisch gezien de opvatting die wetenschappelijk het best onderbouwd is. Het zal duidelijk zijn, dat er vanuit deze visie geen scherp onderscheid is tussen si-

²⁹ S. Kaltman en G.A. Bonanno, Trauma and bereavement: Examining the impact of sudden and violent death. *Anxiety Disorders*, 2003 nr 17, p. 131-147.

tuaties waarin (volgens de juridische definitie) affectieschade *is*, en shockschade bij naaste verwanten van slachtoffers *kan* ontstaan. Bij de situatie, waarin affectieschade is ontstaan, is er sprake van een verlies en een trauma, van verdriet en soms ook van traumatisering. Vroeger of later kunnen hieruit ‘erkende’ psychiatrische ziektebeelden ontstaan. Bij de situatie, waarin shockschade van naaste verwanten van slachtoffers kan ontstaan, is er ook sprake van trauma en verlies, van verdriet en soms van traumatisering. Ook hieruit kunnen in de loop van de tijd psychiatrische ziekten ontstaan. Het ligt dus voor de hand beide situaties in het kader van het scheppen van een bruikbare rechtsorde juridisch identiek te behandelen.

4. Compensatie

Een psychiater zal de eisen waaraan een adequate compensatie moet voldoen primair bezien vanuit ‘therapeutisch’ en ‘preventief’ perspectief: hoe kan het ‘herstelproces’ (al of niet professioneel begeleid) bevorderd worden en hoe voorkomt men dat zich psychische stoornissen ontwikkelen. de ‘geschokte rechtsorde’ krijgt hierin alleen een plaats als een van de factoren die het herstel van het individu kunnen belemmeren. Dit laatste is overigens een reële mogelijkheid.

De doelstellingen van het herstelproces kan men globaal benoemen als enerzijds het herwinnen van het vertrouwen in zichzelf, de medemens en de wereld, en anderzijds het herwinnen van de regie over de inrichting van het eigen leven, meer gespecificeerd als zelfzorg, relaties en werk in de ruimste zin. Wat er gebeurd is, heeft immers het vertrouwde zelf- en wereldbeeld geschokt, de metafoor van een aardbeving is hier op zijn plaats. Welke eisen kan men vanuit dit perspectief stellen aan de compensatie?

Erkenning en vergoeding

In de eerste plaats is erkenning nodig. Erkenning van allen die er voor het slachtoffer ‘toe doen’. Daar hoort niet in de laatste plaats de *erkenning door de dader* bij, die aansprakelijk gesteld wordt. Dat is een vorm van officiële erkenning, die in onze maatschappij vormgegeven wordt in een geldbedrag. Natuurlijk is dit niet de enige vorm van erkenning, waar men behoefte aan heeft, maar zij kan als maatschappelijk gesanctioneerde vorm ook niet gemist worden. Het probleem is vaak, dat de verschillende vormen van erkenning er de eerste tijd wel zijn, maar daarna, meestal veel sneller dan het slachtoffer verwacht, verdwijnen, althans niet meer zichtbaar zijn. Iedereen gaat weer over tot de orde van de dag. Gersons³⁰ beschrijft hoe bij rampen na de fase van de verbijstering een soort honeymoon-fase optreedt, waarin de slachtoffers veel aandacht, hulp en erkenning krijgen. Al snel daarna treedt echter de fase van de desillusie op: de wereld draait weer door, en het slachtoffer voelt zich alleen achterblijven.

Op individueel niveau is hetzelfde proces vaak herkenbaar. In zekere zin is dit niet te vermijden, slachtoffer ben je in laatste instantie alleen. Niemand kan het lijden van de ander overnemen. Het hoort bij een goede begeleiding, dat slachtoffers leren omgaan met dat feit. Dat is de realiteit. Men moet zichzelf weer leren redden. Juist daarvoor is echter in deze fase na de erkenning daadwerkelijke steun nodig, die o.a. met behulp van *een vergoeding* gemobiliseerd en betaald kan worden. Vergoeding is derhalve de noodzakelijke aanvulling van erkenning. Erkenning zonder vergoeding is al snel een leeg gebaar.

³⁰ B.P.R. Gersons, Geld als genoegdoening (smartengeld). In: Frank Koerselman en Willem van Tilburg (red.), *Geld. Psychoanalyse en psychiatrie*, Tricht 2002.

Erkenning in de vorm van een vast geldbedrag loopt ook dat gevaar, als er een grote discrepantie bestaat met de omvang van de geleden schade.

Er zal daarom ook in het geval van affectieschade gezocht moeten worden naar een wijze van compensatie, die niet alleen recht doet aan de erkenning maar ook voorziet in een vergoeding, die in overeenstemming is met de grote variatie in intensiteit, verloop en complicaties van traumatische rouwprocessen, zoals ik die hiervoor heb geschetst. In zo'n regeling zal zowel een geloofwaardige erkenning als vergoeding tot uitdrukking moeten komen. Een standaardbedrag is daar natuurlijk niet het geëigende middel voor. Het is alleen te verdedigen, als passender alternatieven onhaalbaar zijn. Maar die moeten dan wel goed zijn onderzocht.

Wettelijke regeling

In de tweede plaats moet de wetgeving terzake goed onderbouwd zijn. Zij is alleen bruikbaar, om een recent concept van minister Donner te hanteren, als zij aansluit bij de maatschappelijke behoeften en mogelijkheden. Maar dat is niet genoeg. Zij moet ook in overeenstemming zijn met de vigerende wetenschappelijke inzichten. Wetgeving, die uitgaat van een scherp onderscheid tussen verdriet en traumatisering, tussen affectieschade en shockschade, miskent de wetenschappelijke stand van zaken, en in dit geval trouwens ook de opvattingen van het gezond verstand.

Maar ook in een ander opzicht moet recht gedaan worden aan moderne wetenschappelijke onderzoeksresultaten. Van Dam³¹ attendeert erop, dat de vergoeding voor immateriële schade ten gevolge van psychisch letsel vermoedelijk lager zal blijven dan die voor fysiek letsel. Een dergelijke gang van zaken gaat eenvoudigweg voorbij aan de recente berekeningen van de ziektelast, die psychische stoornissen veroorzaken. Deze zijn niet alleen vergelijkbaar met die van lichamelijke ziekten, maar overtreffen die ook nog vaak. de depressie staat qua ziektelast (berekend als het verlies van gezonde levensjaren) in de wereld op dit moment op de vierde plaats in de hiërarchie van ziekten, en zal op korte termijn verder stijgen. In de leeftijdsklasse van 15 tot 45 jaar bepalen psychiatrische stoornissen ongeveer de helft van de invaliditeit. Dit soort alarmerende cijfers kan men vinden in een recent rapport van de World Health Organisation.³² de negatieve discriminatie van het psychisch letsel, zoals die in de jurisprudentie dreigt te worden voortgezet, berust dus op een door vooroordelen en gebrek aan actuele kennis gestuurd beleid.

Er kunnen in dit verband overigens nog meer suggesties aan de wetgever worden gedaan. Ik noem ze alleen maar, omdat de ruimte ontbreekt hier uitvoeriger op in te gaan. Vanuit psychiatrisch perspectief moet men de affectieschade bij een ernstige verwonding van een naaste primair beoordelen op basis van de schade die deze heeft toegebracht aan de relatie en niet op basis van de ernst van het fysieke of psychische letsel. de vraag is in hoeverre de relatie substantieel onomkeerbaar is veranderd. Iets soortgelijks geldt voor de omschrijving van de 'kring van gerechtigden' bij de compensatie voor affectieschade. Van psychiatrische zijde zal men altijd waarschuwen voor een te formele omschrijving. Uiteindelijk wordt het verdriet bepaald door de ervaren kwaliteit van een affectieve relatie. Als men om praktische redenen zou menen te moeten vasthouden aan een formele omschrijving in termen van familierelaties, doet men er goed aan een hardheidsclausule in te bouwen.

³¹ Zie noot 1.

³² Zie noot 9.

Secundaire victimisatie

In de derde plaats moet de procedure, die met de toekenning van compensatie verbonden is, voor het slachtoffer helder zijn en niet langer duren dan nodig is. Gedurende een traumatisch rouwproces is de getroffene meestal met veel zaken tegelijkertijd bezig. de kwestie van de compensatie is er slechts een van. Als er psychische functiestoornissen zijn, zijn vaak ook nog de cognitieve vermogens, de frustratietolerantie en het plannings- en organisatievermogen niet optimaal. Dat maakt, dat iemand zo gemakkelijk in een impasse terecht komt, zeker als ook de buitenwereld niet optimaal meewerkt, bijvoorbeeld doordat men onvoldoende kennis heeft van wat er in het slachtoffer omgaat, hoe hij er psychisch aan toe is, of dat niet wil begrijpen. Er kan dan een destructieve neerwaartse miscommunicatiespiraal tussen het slachtoffer en allerlei instanties ontstaan, die een nieuw trauma voor de reeds getroffene betekent. Men duidt dit fenomeen wel aan met de term ‘secundaire victimisatie’ (zie voor een beschrijving Gersons).³³ Cor ten Hove, een slachtoffer van de Faroramp, heeft in 2002 een boek over de lotgevallen van zijn partner en hem na de ramp gepubliceerd onder de titel “De ramp na de ramp”. Dat is een trefzekere en glasheldere omschrijving van deze term. Het is voor iedereen, die betrokken is bij de procedures ter afhandeling van schade aan de gezondheid een aanrader.

Veel slachtoffers zouden eigenlijk een soort case-manager moeten hebben, die informatie geeft, de noodzakelijke activiteiten coördineert en zonodig bemiddelt. Men kan natuurlijk stellen: “In de praktijk zal het onmogelijk zijn deze ramp te voorkomen; daarom zal een standaardbedrag ineens te verkiezen zijn, ondanks de soms optredende rechtsongelijkheid. Dat is een kleiner kwaad dan het stimuleren van claimprocedures, die de secundaire victimisatie, het abnormaal ziektegedrag en zelfs simulatie alleen maar in de hand werken”. Laat er geen misverstand over bestaan: het is beter dat affectieschade op enigerlei wijze vergoed wordt, dan helemaal niet. Vanuit de therapeutisch en preventief noodzakelijke erkenning en vergoeding is dat helder. Maar m.i. is dit alleen acceptabel als eerste stap.

Het moet mogelijk zijn om een aanvullende regeling te ontwerpen, die recht doet aan de diversiteit van het traumatisch rouwproces, die ik hierboven schetste. Geloofwaardige, goed onderbouwde wet- en regelgeving en heldere, snelle procedures kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan het voorkomen van de ‘ramp na de ramp’.

Personalia

Emeritus Hoogleraar klinische psychiatrie VU medisch centrum, Amsterdam.

³³ Zie noot 30.

Over misdaad en ziekte in een moreel perspectief

A.J.M. Loonen

1. Inleiding

Van alle medische disciplines loopt de psychiatrie het meeste gevaar om misbruikt te worden door weinig scrupuleuze overheden. Iedereen kent wel enkele voorbeelden uit het recente en minder recente verleden^{1 2} en enkelen van ons hebben zich daartegen ook actief teweer gesteld.³ Het lijkt erg aantrekkelijk om dissidenten tot gek te verklaren om hen daarmee als opponent te elimineren. In het vuur van het politieke of maatschappelijke debat wordt iets dergelijks op een ander niveau ook nog regelmatig gedaan: de tegenstander is ‘gestoord’ en het wekt verbazing dat hij of zij ‘nog los mag rondlopen.’

De psychiatrie is in het verleden ook op andere wijze misbruikt voor oneigenlijke maatschappelijke doeleinden. Wij kennen nog steeds het gevaar van de eliminatie van zich afwijkend gedragende familieleden om op die wijze de macht over de familiebezittingen veilig te stellen. Gelukkig bestaat goede wetgeving die onvrijwillige opname in een psychiatrisch ziekenhuis regelt en dergelijk misbruik van de psychiatrie niet al te gemakkelijk maakt.

Over een derde vorm van mogelijk ‘misbruik’ van de psychiatrie gaat dit essay. Psychiaters spelen een belangrijke rol bij het strafrechtsproces.⁴ Zij moeten beoordelen of bij een persoon die verdacht wordt van het gepleegd hebben van een strafbaar feit sprake is van een psychiatrische ziekte. Het gaat daarbij om de vragen in hoeverre psychopathologie een rol heeft gespeeld bij de ten laste gelegde feiten, in hoeverre dit de wil heeft beïnvloed en wat er vanuit gedragskundig opzicht gedaan zou kunnen worden om het risico op herhaling te verminderen.

Daarnaast zijn deze psychiaters belast met de diagnostiek en behandeling van psychische stoornissen van mensen die zich in detentie bevinden. Dat zijn er nogal wat. Zo wordt bij binnen- en buitenlands onderzoek voor gevangenen en huizen van bewaring een prevalentie cijfer voor schizofrenie van 5 tot 7% gevonden, wat ongeveer het 10-voudige is van de prevalentie in de algemene bevolking.⁵ In Nederland bevinden zich dus naar schatting 1000 schizofrene patiënten in detentie. Het is de vraag of de gevangenis een goede plaats is om mensen met een ernstige psychische stoornis te behandelen. Echt behandelen, zelfs farmacotherapie, houdt immers wel wat meer in dan het al of niet gedwongen geven van pillen.

In dit essay zal worden uiteengezet dat het optreden van forensische psychiaters naar de mening van de auteur onder dezelfde medisch-ethische regels moet vallen als iedere andere vorm van medische beroepsuitoefening. Dit betekent dat het handelen van de psy-

¹ Lavretsky, 1998.

² Van Voren, 2007.

³ Van Muijlwijk, 2005.

⁴ Canton, 2004.

⁵ Zwemstra, 2003.

chiater geen ongunstige consequenties mag hebben voor de zieke en zijn behandeling. Daartoe moet de rol als dokter duidelijk worden onderscheiden van andere mogelijke functies bij de rechtspraak.

De auteur schrijft dit essay niet vanuit een bijzondere deskundigheid op het terrein van rechtspraak, de wijsbegeerte of de rechtspsychologie, maar als betrokken dokter en wetenschapper, die zich verbonden voelt met het lot van mensen met een chronische psychiatrische aandoening. Deze mensen komen onder andere door hun verminderde zelfredzaamheid gemakkelijker in aanraking met politie en justitie dan normaal. Zij verdienen naar de mening van de auteur ook hulp en bijstand vanuit de beroepsgroep van psychiaters, inclusief of misschien wel juist de forensische psychiaters. De uitspraken in dit essay moeten dan ook niet worden gezien als aantijgingen, maar als verdedigbare standpunten. Hopelijk wordt in brede kring de belangstelling gewekt om de verkondigde standpunten bij de beschouwing van het eigen handelen te betrekken.

2. Misdaad of ongeluk?

In onze huidige maatschappij leeft de opvatting dat alleen misdaad dient te worden bestraft. Was het in vroeger dagen nog gebruikelijk om ook de brenger van het slechte nieuws om zeep te helpen, tegenwoordig komt alleen de veroorzaker van onheil voor bestraffing in aanmerking. Dit is dan nog alleen het geval wanneer sprake is bewust en opzettelijk handelen of nalaten. Opzettelijk is handelen alleen als het uit vrije wil en met een welbepaalde intentie wordt verricht. Helaas is laatste aspect weer grotendeels uit de moderne rechtspraak verdwenen, omdat het moeilijk bewezen kan worden. Hierdoor zijn en worden waarschijnlijk regelmatig personen veroordeeld die in algemeen menselijke zin (hun intenties mede in ogenschouw nemend) niet schuldig zijn, maar wel onvoorzichtig zijn geweest. Zij begaven zich in een situatie, waarbij een strafbaar feit zou kunnen zijn gepleegd.

Bij de dader van een strafbaar feit zal in algemeen menselijke zin niet altijd sprake zijn van een bewust en opzettelijk handelen. Dit is onder andere niet het geval wanneer iemand op dat moment niet in staat is om zijn vrije wil te bepalen dat wil zeggen wilsonbekwaam is. Wanneer iemand bij het bedienen van een instrument plots en onverwacht onwel wordt en daardoor letsel of schade veroorzaakt, zal niemand hem dat kunnen verwijten. Zo is dat ook bij een persoon die vanuit een bepaalde geestestoestand letsel of schade veroorzaakt. Indien niet sprake is van een vrije wil, maar iemand bijvoorbeeld gedreven wordt door een waan, past geen bestraffing maar behandeling. Dit beginsel is ook in de rechtspraak geïncorporeerd. De rechter is daarom geïnteresseerd in de toerekeningsvatbaarheid van de verdachte. Toch is het beschreven beginsel voor velen veel minder vanzelfsprekend in geval van een psychische ziekte dan in geval van een lichamelijke aandoening. Dit resulteert enerzijds in een voordurend knagen aan de grenzen van de wilsonbekwaamheid en anderzijds in het eisen van het uitsluiten van de kans op herhaling. Ook bestaat in de perceptie van de auteur de neiging om veel meer compassie te hebben met de slachtoffers van een psychisch gestoorde medemens dan met bijvoorbeeld verkeersslachtoffers. Op de keper beschouwd is in beide gevallen sprake van een ongeluk, tenminste wanneer het onheil vanuit een psychische stoornis wordt aangeroepen.

Wilsbekwaam

Wat betreft het knabbelen aan het criterium van de wilbekwaamheid bestaat niet zoveel discussie wanneer sprake is van een paranoïde waan. Dat is echter anders in geval van

een verslaving, of van een dwang. Onlangs werd in Nederland een man veroordeeld in verband met het bezit van kinderporno, die verklaarde dat hij de onbedwingbare behoefte had gevoeld om steeds maar weer afbeeldingen van het internet te downloaden. In een ander geval had een patiënt dwangmatig de behoefte om jonge meisjes aan te raken. Deze casus geven aanleiding tot de gedachte dat wij slordig omgaan met de wilbekwaamheid van mensen met een verslaving, obsessief-compulsieve stoornis en waarschijnlijk nog vele andere psychische stoornissen. In Nederland kennen wij een systeem van een gradu-eel verminderde toerekeningsvatbaarheid.⁶ Iemand zal alleen volledig ontoerekeningsvatbaar zijn bij floride psychotische toestanden, ernstige dissociatieve stoornissen en bij organische (cerebrale) pathologie. In andere gevallen is de toerekeningsvatbaarheid hoogstens verminderd of het delict nu geheel moet worden toegeschreven aan het hebben van een psychische stoornis of niet. Wanneer bijvoorbeeld personen geheel vanuit een dwangstoornis kinderporno downloaden, zullen zij bij een veroordeling waarschijnlijk juridisch en maatschappelijk niet volledig ontoerekeningsvatbaar worden geacht. Toch vertonen zij het gedrag beslist niet uit vrije wil en vervalt daarmee naar de mening van de auteur moreel de strafbaarheid.

Kans op recidive

Wat betreft recidivepreventie doet zich een paradox voor: naarmate het handelen of nalaten in sterkere mate voortkomt vanuit een psychische stoornis die maakt dat het zich aan de vrije wilbepaling onttrekt, is er in principe ook een grotere recidivekans en een geringere behandelbaarheid.⁷ Deze stelling – vanuit een algemeen medisch perspectief – wordt plausibel, wanneer men bedenkt dat een psychotische stoornis zoals schizofrenie meestal wordt gekenmerkt door een verhoogde kwetsbaarheid voor psychotische ontregelingen en een beperkt ziektebesef. de kans op terugval naar een nieuwe psychotische episode is hoog en vaak hebben de daarbij optredende wanen dezelfde inhoud. Zonder externe controle is zo'n persoon weer even gevaarlijk en de intussen gepleegde 'behandeling' heeft daarop weinig tot geen invloed. Dit betekent overigens niet dat de gebezigde methode vanuit justitieel perspectief ook onsuccesvol is;⁸ wij zijn kennelijk succesvol in het aanleggen van externe controle als wij maar eenmaal weten bij wie wij die moeten aanleggen.

Omgekeerd is straf meestal niet werkzaam om herhaling te voorkomen, indien het handelen wel opzettelijk en uit vrije wil heeft plaatsgevonden. Betreft het een incident, dan zal de situatie zich waarschijnlijk nooit in dezelfde vorm voordoen. Is sprake van systematische criminaliteit, dan wordt de straf door de delinquent vaak als een door slimheid te vermijden consequentie van de levensstijl gezien. Een opvoedkundige werking gaat waarschijnlijk zelden van dit type bestraffen uit. Toch gaat de rechtspraak wel in belangrijke mate van dat beginsel uit. de rechter legt – naast vergelding – straf op als afschrik-middel in de hoop dat dit het plegen van nieuwe delicten – in dit speciale geval of in het algemeen – voorkomt.

Risico en pech

Soms wordt tegenwoordig vergeten dat de mens als soort zijn ontwikkeling dankt aan het vermogen tot het aandurven van risicovol gedrag. Onder invloed van de tot daden aanzet-tende neurotransmitterstof dopamine trekken wij erop uit om onszelf te manifesteren en

⁶ Canton, 2004.

⁷ Junginger, 2006.

⁸ Canton, 2004.

om onze horizon te verbreden.⁹ Dit gedrag levert een beloningsgevoel op. Op natuurlijke wijze nemen wij daarmee de kans waar om schade op te lopen en zelfs om tijdens dit proces te sneuvelen. Juist door dit vermogen zijn de overblijvers beter in staat om het leven op krachtige wijze het hoofd te bieden. In de moderne tijd zijn de risico's tamelijk beperkt. Wij worden niet zo vaak meer geconfronteerd met woeste tegenstanders, enge wilde beesten of onbeheersbare natuurverschijnselen. Toch houdt het leven nog steeds reële risico's in en zijn wij genoodzaakt om hen voor lief te nemen. Risico's nemen betekent ook dat je kunt mislukken. Risico's nemen betekent ook dat je pech kunt hebben en verongelukken. En dat is nu juist iets wat sommigen weigeren om te accepteren. In navolging van de mentaliteit in de VS wordt gewoon pech hebben door hen niet meer als optie beschouwd. Bij ieder ongeluk moet altijd een schuldige bestaan: ofwel een ander ofwel de persoon zelf. Dit uit zich ook in de opvatting van het grote publiek over de rechtspraak. Regelmatig wordt bijvoorbeeld in de media verkondigd dat de maatschappij niet bereid is tot het accepteren van welke recidivekans dan ook. Dit geldt ook ten aanzien van ongelukken die plaats vinden doordat een psychisch gestoorde medemens onheil aanricht.

Ergo

Voorgaande redenering voert tot de conclusie dat de forensische psychiatrie het risico loopt om vanuit een medisch perspectief te verworden tot een tamelijk zinloze bezigheid. Indien men zich richt op de identificatie van psychische stoornissen bij daders van strafbare feiten vanuit het oogpunt van recidivepreventie *door te behandelen* (daarop richt zich immers de geneeskunde), trekt men tenminste regelmatig aan het kortste eind. Hier wordt daarom bepleit om een humanitair uitgangspunt te kiezen. Mensen met een chronische psychiatrische stoornis die in aanraking komen met politie en justitie verdienen bescherming van forensische psychiaters tegen een onjuiste bejegening door een weinig begripvolle maatschappij. Aandacht zou moeten worden gevraagd voor de vergrote kans tot het plegen van strafbare feiten in samenhang met het hebben van een psychiatrische ziekte, hetgeen door het uitoefenen van de vrije wil niet vermijdbaar moet worden geacht. Het wordt tijd dat de gerechtspsychiater naast de patiënt gaat staan in de klassieke doktersrol en niet als een verlengstuk van justitie.

3. De psychiater als gedragswetenschapper

Rechtspraak is een zaak van juristen. Zowel de leden van de rechtbank, als die van het openbaar ministerie en de verdediging zijn primair juridisch geschoold. In het systeem wordt echter onderkend dat het deze juristen – ondanks een gedegen aanvullende opleiding – op vele terreinen aan specifieke deskundigheid ontbreekt. Om deze reden benoemt de rechtbank externe deskundigen om haar in die opzichten te adviseren. Wanneer het afwijkende gedrag mogelijk voortkomt uit ziekte, zal dit vaak een psychiater zijn. De regie bij dit alles is in handen van juristen en dit heeft duidelijke voordelen maar ook nadelen. Deskundigen hebben vaak de neiging om de betekenis van hun discipline te overschatten en om ook uitspraken te doen op terreinen waar hun bijzondere expertise niet van toepassing is. Door de verantwoordelijkheid voor de omvang van het advies bij de rechter te leggen, zullen ontsporingen worden voorkomen. Een nadeel is echter, dat juristen ook bij het formuleren van vragen en bij de interpretatie van het advies gedragswetenschappelijk 'ondeskundig' te werk kunnen gaan. Het is voorstelbaar dat de psychiater een

⁹ Loonen, 2004.

advies geeft bijvoorbeeld tot opname in een psychiatrisch ziekenhuis en tot behandeling, terwijl het openbaar ministerie een gevangenisstraf en vervolgens tbs eist.¹⁰ Wat moet er gebeuren, wanneer de rechter de eis honoreert en de veroordeelde daardoor naar verwachting bijzondere schade zal oplopen? Verdedigd kan worden dat de betrokken psychiater dit vanuit zijn medische verantwoordelijkheid niet mag accepteren.

Ook wat betreft het kiezen van de juiste soort gedragswetenschapper kunnen zaken misgaan. Het incident rond het verhoor van het 11-jarige jongetje Maikel in de Schiedamse parkmoord heeft pijnlijk aan het licht gebracht dat voor sommige gedragsdeskundigen kennelijk een andersoortig tuchtrecht van toepassing is dan op psychiaters en andere medici. Volgens het college van toezicht van de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen behoefde de kinderpsycholoog Ruud Bullens niet in te grijpen toen het jongetje Maikel – voor wiens welzijn hij verantwoordelijk was – tijdens het verhoor werd ‘mishandeld’.¹¹ De uitspraak zegt: ‘Een pedagoog is niet verantwoordelijk voor de verhoormethoden en is heeft niet de bevoegdheid om in te grijpen. [...] Politie en justitie zijn verantwoordelijk voor het verhoor’ Een medicus die verantwoordelijk is voor het welzijn van proefpersonen tijdens onderzoek heeft die verantwoordelijkheid en bevoegdheid duidelijk wel. Het is verdedigbaar dat dit ook het geval is bij het optreden als hoeder over het welzijn van justitiabelen. In het beschreven geval is waarschijnlijk door politie en justitie een verkeerdsoortige gedragsdeskundige bij het verhoor betrokken. Het is voorstelbaar dat ook de rechtbank dit soort fouten maakt.

4. De psychiater als biomedische wetenschapper

Naast zijn gekwalificeerdheid als gedragswetenschapper is de psychiater ook biomedisch wetenschappelijk onderlegd. De primair genoten opleiding tot arts en de latere opleiding tot medisch specialist staan daar borg voor. Geneeskunde is een voornamelijk empirische wetenschap, waarbij in wetenschapstheoretische zin wordt uitgegaan van een probabilistisch referentiekader. Aan co-assistenten wordt tijdens de opleiding geleerd om door onderzoek gegevens te verzamelen en om deze vervolgens eerst op te nemen in een probleemlijst waarin alle klachten en verschijnselen moeten worden weergegeven. Vervolgens worden de verschijnselen zo gerangschikt dat zij passen bij een of meerdere mogelijke diagnoses, waardoor alle waargenomen fenomenen kunnen worden verklaard. Indien een klacht of verschijnsel bij dit proces wordt genegeerd, moet ook dat kunnen worden verantwoord. Deze werkwijze – die in de praktijk meestal intuïtief wordt toegepast – is gebaseerd op het ‘sceptische’ kennistheoretisch standpunt, dat de waarheid weliswaar bestaat, maar niet geheel kan worden gekend. Door het verwerven van kennis kan de werkelijkheid alleen met een bepaalde waarschijnlijkheidsgraad worden benaderd. In de rechtspraak wordt een ander uitgangspunt gekozen.^{12 13} Waargenomen fenomenen *mogen* hierbij niet alleen worden verwaarloosd, zij *moeten* dat soms, ook wanneer zij op onwettige wijze zijn verkregen. Het openbaar ministerie kan bij de bewijsvoering volstaan met een enkelvoudig overtuigend bewijs. Dit is gebaseerd op het ‘dogmatische’ wetenschapstheoretische uitgangspunt, dat er één waarheid bestaat die in beginsel ook kan worden gekend. Bij de bewijsvoering wordt de werkwijze gehanteerd die wij kennen van de middelbare school wiskunde: een aantal axioma’s worden zonder bewijs voor waar

¹⁰ Spits, 2006.

¹¹ Kamerman & Koelewijn, 2006.

¹² Loonen, 2007a.

¹³ Loonen, 2007b.

aangenomen. Vervolgens worden stellingen langs enkelvoudige weg bewezen, waarbij feiten die niet ter zake doen mogen worden weggelaten. In een (vermoedelijk) klein deel van de gevallen voert deze werkwijze tot fouten, die dan gerechtelijke dwalingen heten. Forensische psychiaters kunnen een bijdrage leveren aan het voorkomen van dergelijke fouten door in hun rapportage in een aparte paragraaf van het rapport expliciet te maken welke werkwijze bij het verzamelen van gegevens en het komen tot conclusies wordt gehanteerd. In een dergelijke paragraaf met een beschouwing van de gehanteerde methoden wordt in het huidige standaard rapportageformat niet voorzien.¹⁴ Het is in de rechtspraak gebruikelijk om een aantal expliciete vragen voor te leggen aan deskundigen en te verwachten dat alleen daarop een antwoord wordt gegeven. Ook deze werkwijze leidt tot deletie en distorsie van gegevens, hetgeen ter kennis van de rechtbank zou moeten worden gebracht.

5. De psychiater als dokter

De forensische psychiater rapporteert aan de rechtbank in de hoedanigheid van arts. Dit betekent in onze optiek dat de relatie tussen rapporteur en gerapporteerde beschouwd kan worden als een klassieke arts-patiënt-relatie. de rapporteur is hierbij gebonden aan de gebruikelijke medisch-ethische plichten. Dit betekent dat de arts de gezondheid van zijn patiënt in zijn overwegingen op de eerste plaats moet laten komen. Het belang van de patiënt dient zeker op de eerste plaats te komen, wanneer de 'medische zorg' resulteert in een verzwakking van de lichamelijke of psychische gezondheid. Deze twee uitspraken worden ontleend aan de preambule bij de Verklaring van Helsinki, die betrekking heeft op de medisch-ethische plichten van artsen die zich bezig houden met medisch-wetenschappelijk onderzoek.¹⁵ de situatie bij onderzoek lijkt wel enigszins op die bij de forensisch-psychiatrische rapportage. Immers ook bij wetenschappelijk onderzoek is sprake van een individueel belang (de aan onderzoek deelnemende patiënt) en een algemeen belang (de toekomstige lijders aan een ziekte). Bij een forensisch-psychiatrische rapportage kan de stelling worden verdedigd, dat de psychiater die de gezondheidstoestand van een verdachte beoordeelt daarbij dient uit te gaan van het algemene belang (de maatschappij) en niet van het individuele belang (de gezondheid van de verdachte). Deze arts zou daarbij vergelijkbaar zijn met een arts in dienst van de algemene gezondheidsdienst. Indien een persoon door zijn besmettelijke ziekte een bedreiging vormt voor anderen, zal deze persoon in quarantaine kunnen worden geplaatst. Op dat moment gaat het algemene belang voor het belang van het individu. Toch bestaat een fundamenteel onderscheid tussen een psychiatrische ziekte en een infectieuze ziekte (waarop voorgaande meestal van toepassing is). Bij een infectieuze ziekte is alleen door isolatie van het individu te voorkomen dat een andere persoon dezelfde ziekte krijgt en betreft het een tijdelijke maatregel. Bij iemand met een psychiatrische ziekte is de kans op het aansteken van een ander nihil. Men is dan ook bang voor een heel andersoortig risico, namelijk dat betrokkene een ander wat aandoet. Dit kan door tijdelijke isolatie van deze persoon niet geheel worden voorkomen.

Wij kunnen nog een tweede aspect voor het voetlicht brengen. Wij willen bepleiten dat de forensische psychiater niet rapporteert vanuit hetzelfde perspectief van het algemene belang als het openbaar ministerie. Ieder lid van de maatschappij kan het immers meemaken dat hijzelf of een van zijn belangrijke anderen gaat lijden aan een psychische ziekte

¹⁴ Canton, 2004.

¹⁵ WMA, 1964.

(het begrip hier beperkend tot een as I stoornis). Het is dus evenzeer in het belang van de maatschappij dat er goede dokters zijn die erop toezien dat in voorkomende gevallen psychisch zieke mensen die daardoor een strafbaar feit plegen worden behandeld of verzorgd en niet worden bestraft. Ook dit is het dienen van het algemene belang en dit past naar de mening van de auteur beter bij het vervullen van de medisch-ethische plichten dat bijvoorbeeld het schatten van de kans op recidive.¹⁶ Dit laat overigens onverlet dat permanente isolatie van psychiatrische patiënten een oplossing kan zijn waar de forensische psychiater ook als privé-persoon duidelijke opvattingen over mag hebben.

6. De psychiater als rechter?

Rechtspraak is een zaak van juristen. de rechter is onafhankelijk, heeft afstand tot de materie en is daardoor minder ‘bedrijfsblind’ dan deskundigen. Anderzijds is de onafhankelijke rechter op vele terreinen leek en aangewezen op specialistische informatie van deskundigen. Bij het interpreteren en toepassen van deze informatie kan – zoals eerder gezegd – veel mis gaan. Bepleit kan daarom worden om ook bepaalde soorten deskundigen op te leiden tot rechter en hen in voorkomende gevallen toe te voegen aan een meervoudig rechtsprekend college. de psychiater zou deze functie kunnen vervullen als biomedisch wetenschappelijk en gedragswetenschappelijk geschoolde rechter. Een dergelijke constructie bestaat reeds bij de Penitentiaire kamer van het Hof in Arnhem voor de behandeling van hoger beroepszaken rondom TBS-verlengingen. In Nederland is recent gekozen om niet over te gaan tot de invoering van lekenrechtspraak zoals in een aantal landen wel het geval is.¹⁷ Gewoonlijk wordt hiermee juryrechtspraak bedoeld. Juryrechtspraak lijkt geen oplossing voor het hierboven gesignaleerde probleem. Desondanks kan het zinnig zijn om niet-juristen op andere en betere wijze bij de rechtspraak te betrekken.¹⁸

7. Slotwoord

Forensische psychiaters mogen zich verheugen in meer dan gebruikelijke belangstelling van kritische geesten in de samenleving. de forensische psychiatrie kan het nooit in alle opzichten goed doen en iedereen tevreden stellen. Dit maakt kritiek onvermijdelijk en vormt geen aanwijzing dat men uit kan gaan van disfunctioneren. Een mogelijk disfunctioneren wordt overigens in dit essay ook geheel niet aan de orde gesteld. Gepoogd wordt om enkele theoretische overwegingen te geven die nuttig kunnen zijn om de mogelijke rol van de psychiater bij de rechtspraak vanuit een eigen optiek helder te beschrijven. de forensische psychiater kan zich daarbij richten naar algemeen geldende medisch-ethische beginselen. Het is belangrijk om de gekozen uitgangspunten en werkwijze middels richtlijnen en protocollen transparant en toetsbaar te maken. de gekozen uitgangspunten moeten ook voor de rechtbank kunnen worden verdedigd en de forensische psychiater zal zich gedekt willen weten door de bredere beroepsgroep van medisch specialisten. In deze context kan ook het voorleggen van casus aan het geneeskundige tuchtcollege verhelderend en steunend zijn.¹⁹

¹⁶ Koelewijn, 2006.

¹⁷ NRC, 2007a.

¹⁸ NRC, 2007b.

¹⁹ Koelewijn, 2006.

Dankbetuiging

De auteur dankt de vijf collega's (J.B. Bakker, W.J. Canton, J.E. Hovens, I.S. Smoktunowicz, J.C. Zwemstra) die het concept van dit artikel hebben doorgenomen en van kritisch commentaar hebben voorzien.

Personalia

Prof. dr. Anton J.M. Loonen, arts/klinisch farmacoloog. Deltaleerstoel Farmacotherapie bij psychiatrische patiënten, Farmacotherapie en farmaceutische patiëntenzorg (SFF-FWN), Rijksuniversiteit Groningen, Postbus 145, 9700 AC Groningen, T 050 363 7576 F 050 363 2772 E a.j.m.loonen@rug.nl

Aangehaalde literatuur

Canton 2004

W.J. Canton, 'Gerapporteerd en dan? Een onderzoek naar risicotaxatie, behandeling en recidieven bij personen over wie pro justitia is gerapporteerd'. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 2004 (dissertatie).

Junginger 2006

J. Junginger, 'Stereotypic delusional offending. *Behavioral sciences & the law* 2006, 24, p. 295-311.

Kamerman & Koelewijn 2006

S. Kamerman & R. Koelewijn, 'Deskundige handelde juist in moordzaak'. *NRC Handelsblad*, 27 oktober 2006.

Koelewijn 2006

J. Koelewijn, 'Niet alle gestoorden op een hoop'. *NRC Handelsblad*, 19 augustus 2006.

Lavretsky 1998

H. Lavretsky, 'The Russian concept of schizophrenia: a review of the literature'. *Schizophrenia Bulletin* 1998, 24, p. 537-57.

Loonen 2004

A.J.M. Loonen, *Het beweeglijke brein. de neurowetenschappelijke achtergronden van de psychische functies*. Badhoevedorp: Mension, 2004.

Loonen 2007a

A.J.M. Loonen, 'Juridische bewijsvoering zou wetenschapper verbazen'. *NRC Handelsblad*, 19 maart 2007.

Loonen 2007b

A.J.M. Loonen, 'Juridisch bewijs gezien door een biomedische wetenschapper'. *Nederlands Juristenblad* 2007 (in druk).

NRC 2007a

Anonymus. 'Kabinet is tegen lekenrechtspraak'. *NRC Handelsblad*, 18 juli 2007.

NRC 2007b

Redactie. 'De toga blijft exclusief'. *NRC Handelsblad*, 18 juli 2007.

Spits 2006

Anonymus. 'TBS voor zwaaien met mes bij kleuters'. *Spits*, 21 juli 2006.

Van Meijlwijk 2005

M. van Meijlwijk, 'Robert van Voren. de ritselaar'. *Psy* 2005, nr. 6, p.12-16.

Van Voren 2007

R. van Voren R. 'Nederlandse GGZ zwijgt over misbruik in China'. *Psy* nr. 10:34-35.

WMA 1964

World Medical Association (1964). <http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>, 25 november 2007.

Zwemstra 2003

J. Zwemstra, P. van Panhuis, E. Buiten, 'Schizofrenie in de gevangenis. Over de prevalentie, achtergronden en kenmerken van gedetineerden met schizofrenie en over de mogelijkheden en beperkingen van hun behandeling'. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 2003, 58, p. 53-63.

Self and relatedness: a take on a fundamental issue at interface of psychiatry and religion

P.J. Verhagen

1. Introduction

What makes us the persons we are? In what way can we be said to be unique? Every person is unique, we are used to saying. Respect for the person, and for personal identity is an important ethical principle in clinical practice. However, is it enough to say that personal identity in terms of continuity of consciousness, agency, memory, purposeful action, social interaction, thought, will and emotional states ensures our uniqueness as a concrete, unique and unrepeatable entity? What is the meaning of these characteristics so to say without a particular face and name? Of course they all belong to the characteristics of a certain class of entities: human beings. To be a human is merely a biological notion: having biological human life. That is important enough, but it does not seem to say much about our uniqueness and unrepeatability as human persons. I will state that these characteristics, and also the functions and roles we bear are indeed necessary conditions, but not sufficient for being the person I am. Having a name and a face calls for recognition and validation. Religious and spiritual traditions have their anthropologies. These anthropologies inevitably have implications for understanding what it means to be a person in the full sense, although we certainly do not mean to give a so-called religious or spiritual psychology. However, a lot more can be said about what the interface of psychiatry and religion is about than that attention is paid to religious or spiritual issues, apparently a legitimate thing to do since the publication of DSM-IV in 1994. So we will have a rather general look at how religious and spiritual traditions can help us in understanding the person and his uniqueness.

This chapter is an exploratory contribution and at the same time it explores one of the most fundamental issues at the interface of psychiatry and religion.

Enlightenment Project: varied data, meta-analyses, ‘personal devotion’

The approaches attempting to give a place to religion and spirituality in psychiatric and psychotherapeutic thinking and practice reflect the enlightenment project.¹ Mainstream psychiatry embraced the enlightenment project and took a condescending stance toward the religious and spiritual. Scientific progress relies on scientific consensus on definitions of criteria and core constructs, and the measurement. These attempts have given us lots of multifarious operationalizations of religious and spiritual variables. Many studies of the relationship between religion, spirituality and health have been performed and, as we are used to, the results have been varied. However, a whole bunch of new methodology was developed, called Evidence Based medicine, which gives the tools of a critical appraisal of all those studies and all these data. According to the hierarchy of evidence we should look for meta-analyses, if available. An excellent example of such an analysis with regard to religiosity and mental health was published in 2003 by Hackney and Sanders.² One

¹ Dueck & Parsons, 2007.

² Hackney & Sanders, 2003. One of the first meta-analysis regarding religiosity and mental health dates back to 1983 and was published by Allen E. Bergin; see also Lee & Newberg,

could easily think of the trend of argument. Several reviews have been published regarding the relationship between religiosity, spirituality and mental health. Some have been more general in nature, while others have focused on one specific topic, e.g. religion and mental health in later life,³ image of God,⁴ forgiveness.⁵ However, these reviews did not arrive at consistent conclusions. In general a positive relationship between religiosity and mental health could be found, although more ambiguity was found in other studies. The discrepancy and contradictory findings obtained in all these studies are due to the differences in operationalizations of religiosity and spirituality. Religion and spirituality are multifaceted constructs and different aspects are differentially measured, and for instance differentially related to that other multifaceted construct named 'mental health'. So Hackney and Sanders focused their study on differing definitions of religiosity and mental health and how these different types of religiosity and mental health may interact, and proposed a, not quite new, classification. Definitions, used in studies, focused on social and behavioral aspects of religion (e.g. attendance of services, participation in activities and so on) were coded as 'institutional religion'. Definitions that focused on the beliefs involved in religious activity were coded as ideological religion (e.g. ideology, attitudes, fundamentalism). Moreover, the operationalizations that focused on personal, internalized devotion were coded as 'personal devotion' (e.g. emotional attachment to God, devotional intensity, colloquial prayer).

One of the findings of 'Hackney and Sanders' meta-analysis is that each position that has been taken within the religiosity - mental health debate has its own right. Depending on which definitions of religiosity are used, evidence could be found for each position. However, it could also be concluded that 'personal devotion' produces the correlations of greatest magnitude between religiosity and mental health.

2. Criticism: weird things, the self

I will surpass the possible explanations the authors give for these findings with regard to personal devotion. These explanations remain, as might be expected, within the scientific frame of reduction to an empirically derived and measurable expression of the individual. According to this line of thought, religion and spirituality are construed in a way that can be investigated, but at the end the outcome hardly seems to reflect the religious and spiritual language of the patient's original background. Religion and spirituality get in a sense essentialistic, individualistic and foundationalistic characteristics.⁶

Of course in that way the enlightenment project with regard to religion and spirituality concurs with the world-views, assumptions and values embodied in psychiatric thinking, especially in the DSM tradition. They embody a 'Zeitgeist' as Sadler depicted in his excellent 'Values and Psychiatric Diagnosis'.⁷ He mentions ten weird things about Western psychiatry. I mention one of these ten 'weird things': the tightly bound self.⁸ What does

2005 for a critical review of issues pertaining to methodology, findings and interpretation of studies of the relationship between religion and health.

³ Koenig, 1990; see also Braam, 1999.

⁴ Verhagen, 2007.

⁵ Verhagen, 2006.

⁶ Dueck & Parsons, 2007, p. 271-272.

⁷ Sadler, 2005.

⁸ Sadler, 2005, p. 270. Mentioning these 'ten weird things' Sadler points at the ambiguities posed by cross-cultural psychiatric diagnosis; to enumerate a few of these weird things: individuals that have illness versus families or 'groups of people, or even societies that have illnesses,

Sadler mean by that? In Western culture the self is viewed by the individual as governed by internal beliefs, desires, commitments, thoughts, feelings that, again, can be defined and measured. In other cultures the individual is seen as interdependently governed by social relationships, duties, responsibilities, and even by the thoughts, feelings, and the beliefs of others. This different view on the self in the Western world even goes a step further. An important culture change came about. Selfhood was elevated into a value base!⁹ Society needs to have sources of value, like religious and spiritual or historic traditions, that do not have to derive from outside sources. Value bases are important moral resources for society and its members. Former values bases were destroyed due to the Enlightenment project and during the legitimation crisis that followed other sources were found and elevated into value bases to fill the gap. The self or selfhood became such a new value base. That meant a reversal of some traditional religious and spiritual moral norms. Charles Taylor, most notably in his *Resources of the Self*,¹⁰ shows what happened in a critical appraisal of the *Varieties of Religion* by William James.¹¹ It is, explains Taylor, 'a striking feature of the Western march towards secularity that it has been interwoven from the start with this drive toward personal religion'.¹² And the same stress on inwardness and commitment gave strength to the view that one should break with a religion in some of whose tenets one could not believe any longer.¹³ Secular moralities place the same stress on inner commitment. So from this broader point of view the findings of Sackney and Sanders cannot surprise. They are in line with cultural developments: secularism, expressivism, loss of tradition, exteriority played off by interiority, head against heart.¹⁴ It is also, again using Taylor's line of comments, a typical illustration of the strongly individualistic approach, labeled personal devotion centered on personal experience in William James's sense. However, a view on the 'religious connection', the mediation of the connection by the religious or spiritual community is unfortunately left out.¹⁵

Of course it makes no sense to deny that the personal take on religion has its origin in our history and culture long before the enlightenment project. It can be traced back to the high Middle Ages, in movements like the Brethren of the Common Life.¹⁶ The pressure to adopt a personal, inward form of religion reached a new stage with the Reformation, but also in the Counter-reformation. To take religion seriously is to take it personally. Concurrent with this development a polarization appeared between a more devotional religious practice contrasted with a religious practice that stresses the following of the de-

the autonomous individual versus the interdependent self, egalitarian doctor-patient relationships as an ethical ideal versus authoritarian doctor-patient relationships, illness as secular versus illness as spiritual or moral phenomena, the whole as sum of the parts versus the whole as more than the sum of the parts. The problem is that a diagnostic manual like the DSM cannot fully transcend the mind set of nomothetic science. To start with clinicians should be helped to recognize their cultural vantage point, the advantages and limitations of their own cultural spectacles and the assumptions in their approach to psychiatry, Sadler, 2005, p. 268. It would be very interesting to investigate these implicit models of mind psychiatrists have.

⁹ Geyer & Baumeister, 2005.

¹⁰ Taylor, 1989.

¹¹ Taylor, 2002.

¹² Taylor, 2002, p. 13.

¹³ Taylor, 2002, p. 14.

¹⁴ Dueck & Parsons, 2007, p. 273.

¹⁵ Taylor, 2002, p. 24, 112.

¹⁶ Taylor, 2002, p. 9.

mands. A polarization that, by the way, can also be seen in various periods of Islamic history, traditions of compliance with the shar'ia, contrasted with traditions of Sufism.¹⁷ However, in other religions like Hinduism devotional moments are important without devaluing of collective rituals.¹⁸ Nothing prevents these two traditions from combining into one religious, spiritual way; however, we have got used to a lot of ego-investment in our formulations.

3. Beyond an adjusted life

Both approaches, both to religion and spirituality, and the self, are bounded and one-sided, and fall short. However, the resemblance between these two constructs, I mean religion and spirituality on the one hand and the self on the other, is that they both seem to have a quality which escapes from the subjective/objective dichotomy. It is clear that neither any form of compartmentalization (between objective states and traits on the one hand, and subjective experience on the other) nor encompassing frameworks bring us any further. A capacity to tolerate ambiguity appears in our field of vision. The dynamics of these two constructs open up a realm that exceeds the subjective/objective split. Let us focus for a moment on these dynamics. What are they like?

Religious and spiritual traditions have their own view on and answers to psychological and psychopathological questions about the structure, dynamics, development of character and personality.¹⁹ Points of convergence among these religious and spiritual views on the person are, to list a few: emphasis on ethical, religious and spiritual dimensions of personal experience, rejection of behavioristic reductionism and an instrumental take on the person and his roles and functions, and a phenomenological perspective far more common than in psychiatry. It is also said that it belongs to the commonalities of all religious and spiritual traditions that they sanctify personhood.²⁰ Let us have a closer look at that. Religious and spiritual traditions oppose to various forms of reductionism and explained long ago that knowing a so-called objective fact about somebody, for instance a diagnosis or a personality trait is not the same as knowing the person. Human development itself is often construed religiously as a process of sanctification. What kind of process is that?

When I was a boy, we sang a song about the only famous beetle we had in our country. We called him Jack. It was a sentimental song that told us about the life of the little beetle. Little Jack liked to climb and to sit on a fence. But as the rain fell down, Jack became wet and was washed off the fence on the ground. However, even in Holland there is always sunshine after the rain, 'every cloud has its silver lining!' So the sun dried our beetle again and Jack did what he always liked to do, he climbed up the fence again. One of our most famous professors in theology, A.A. Van Ruler (1908-1970), during the last century used this song about the beetle's life as a metaphor for the stages of inner or spiritual life. There is ascent, decline, and standstill. The ascent has only one goal, to get above the world, to get above oneself. However, we have to struggle with considerable relapse. Also, spiritual life can become barren and dried out. That desert can even become an abyss or a labyrinth of fear and anxiety. In short, all the stages are characterized by leaps, breaks and struggle. Whatever the aim, unitive consciousness, enlightenment,

¹⁷ Taylor, 2002, p. 17.

¹⁸ Taylor, 2002, p. 12.

¹⁹ Olson, 2002.

²⁰ Olson, 2002, p. 369-370.

harmony, holiness, reconciliation or obedience to God's will, the journey goes ahead for a greater good, a more meaningful life of greater value, toward social relations characterized by love, justice, and peace. All kinds of religious and spiritual traditions affirm a virtuous life of wisdom, and compassion, which happens to be far more than merely an adjusted life! Usually models of spiral paths must help us to specify and to visualize the form and content of such developments. Recently Robert Cloninger has breathed new life into such a model with regard to a non-reductive psychobiology of awareness.²¹ In view of DSM V he will propose to adjust the chapter on personality disorders with this in mind, because this sort of religious and spiritual categories may provide a better way of conceptualizing certain phenomena. He suggests, as I understand it, to use the idea of virtues and vices. It certainly means another take on the dynamics we are looking for. Actually, without saying it, he uses the idea of the traditional deadly sins (such as lust, gluttony) as the religious forms of these vices, as for instance the pastoral theologian Donald Capps did in three or four surveys.²² He used the motive of the deadly sins (gluttony, anger, greed, envy, pride, lust, apathy and melancholy) and linked them to schedule of virtues, as Erikson had already proposed, corresponding to the stages of the life cycle (hope – infancy, will-early childhood, purpose-play age, competence-school age, fidelity-adolescence, love-young adulthood, care-adulthood, wisdom-mature adulthood). Capps proposed a linkage between the deadly sins on the one hand and the schedule of virtues proposed by Erikson on the other hand (Capps, 2000).²³ The same phrasing is used by Cloninger calling these 'sins' or vices incoherent attitudes, that 'elicit increasing dissatisfaction, arousal, and struggle to restrain conflicts', evoking a downward spiral.²⁴ The idea is that these virtues and vices in some way constitute the inherent moral and religious and spiritual dynamics, telling us something about the way people are struggling in a downward spiral of distress or an upward spiral of well-being with life, to live in a more exemplary and self-fulfilling, really more than adjusted way.

4. Again the self, the no-self, and the 'technologies' of the self

I need to explain what this line of reasoning has got to do with the self in relation to religion, spirituality and personhood. As stated before the self became subjected to the enlightenment project as happened to religion and spirituality. Contemporary psychology assumes the self to be autonomous, unencumbered, individual. However, we need to be accurate. Self as experience describes our phenomenological self: our subjective experience through time. The representational self is something different: it is an internalized concept of who or what we are, made up of a shifting amalgam of representations and self-images.²⁵ However, the experiencing self, the experiential reality of the sense of self is central. It is the first-person perspective, which means that only I can feel, perceive, and think in the way I am feeling, perceiving and thinking. In that way we see in this experience a form of self-relatedness.²⁶ And far more fundamental than any enlightenment

²¹ Cloninger, 2004.

²² Capps, 2000.

²³ Capps, 2000, p. 360.

²⁴ Cloninger, 2004, p. 122-130.

²⁵ Epstein 2006.

²⁶ Glas, 2006; Glas (and other Christian philosophers) refers to the work of the Danish philosopher Søren Kierkegaard (1813-1855), especially to his famous book *Die Krankheit zum Tode* (1849/1978). Kierkegaard explains that the self is a relation that relates itself to itself. He immediately adds that such a relatedness must be established by itself or by another. However, for

theory of self-determination is the understanding of this self-relatedness as dependent on relatedness to others!

‘Others have begun with me’.²⁷ The essence of the so-called doctrine of predestination, that ‘horrible degree’, although the translation should be ‘awesome degree’,²⁸ is its consolatory meaning: that somebody else has begun with me, and will not turn me down, whatever rain might wash me away, like the little beetle we sang of.

‘In the beginning is the relation’, Martin Buber stated. Human nature is essentially relational. For Buber, the primacy of relationships precedes the primacy of individuality.²⁹ It was not entirely strange that the first man was disappointed after he had seen and called all the living beings, because he could recognize himself in the other he needed to be himself. And recognize his delight when he sees her, the other who makes the difference.³⁰ Being oneself is responding to a difference in oneself, a difference between how others see me and how I perceive myself.

According to the Buddhist view the self does not exist! That is important to notice and a warning. Notions of self, like the enlightenment views on the self, are potentially imprisoning because of our inherent tendency to cling unproductively to whatever gives a sense of security.³¹ Clinging to the self may be thought of as a form of narcissism. The Buddhist negation of the self is not a negation of personhood! On the contrary, the doctrine of Anattā does not seek to annihilate the self, but practiced, people found that they had crossed over into a richer existence.³² How would that be possible? In his ‘History of Sexuality’ Foucault investigated what he called the cultivation of the self, simply said: one must take care of oneself. Dr. Mrozik used his research in her recently published study *Virtuous Bodies. The Physical Dimensions of Morality in Buddhist Ethics*.³³ She shows that according to Mahayana Buddhism this so-called technology of the self - Foucault speaks of cultivation of the self – in the interplay of the care of the self and the help of the other has its interest in the ways in which individuals shape each other into ideal ethical subjects. The ethical subject is said to take form within and by means of a broader community. ‘Grateful openness to others’, is what it is called (Mrozik, 2007, 55).³⁴ Mrzozik is more critical than needed towards Foucault. He explains, to be sure, that the cultivation of the self intensifies and valorizes the relation of oneself to oneself, which is an experience of great pleasure that one takes in oneself. However, it constituted, not an exercise in solitude, but a true social practice;³⁵ that is what Mrozik wants to point at.³⁶

What I tried to explain is that the quality which escapes from the subjective/objective dichotomy in a fundamental way has to do with our relatedness, with our self-relatedness and otherness, reflected in more or less mature stages of development. The concept of sanctifying personhood within the realm of religious and spiritual traditions means a take

Kierkegaard the self is not exhausted by itself, rather is in risk of becoming exhausted by itself, in despair, which is ‘die Krankheit zum Tode’. The self is relational inside and outside itself; see also Evans 2005.

²⁷ Glas, 2006, 133

²⁸ McGrath, 1994, p. 396.

²⁹ Verhagen, 2006, p. 205.

³⁰ Genesis 2: 18-25.

³¹ Epstein, 2006, p. 224.

³² Armstrong, 2001, p. 115.

³³ Mrozik, 2007, p. 5.

³⁴ Mrozik, 2007, p. 55.

³⁵ Foucault, 1988, p. 66, 51.

³⁶ Mrozik, 2007, p. 54.

on the dynamics of the nature and/or strengths of tendencies, attitudes, desires, habits, emotional proclivities, schemas, and so on, from the perspective of our relatedness.

5. Our relatedness

Embedded in a network of relationships individuality arises out of relational experiences. This is not just a matter of the very beginning but it continues to be important a whole life long. Our identity and our value as persons is determined by the fellowship with others. We need to be valued and to be loved. From here on I will follow the line of reasoning by the Dutch philosopher and theologian Vincent Brümmer on love and personal and impersonal relations.³⁷ One of the fundamental theses that resulted from his inquiry is that most views of love take it to be an attitude rather than a relationship. Brümmer himself develops a relational concept of love. Why is such a relational approach not only useful but even necessary to understand what makes me the person I am?

Every entity shares characteristics with other entities and can therefore be classified as a member of this or that class of entities. But each entity has its own configuration of these characteristics: its own identity. The same goes for human beings. We share the characteristics as members of the same class, and each individual has its own configuration of these characteristics. In the case of human beings, for instance, characteristics we share are ideas and convictions, emotions and needs, wishes and desires. What makes me the person I am means this and not that specific configuration of ideas and convictions, needs and emotions and so on. The convictions and wishes that have first person meaning to me and that in such a sense give purpose, value and coherence to my own life and actions, make me the person I am. Brümmer refers to what Harry Frankfurt called ‘the capacity for reflective self-evaluation that is manifested in the formation of second-order desires’, i.e. desires as to which of my first-order desires I consider conducive to my good and therefore authentically want to be the effective motivation of my actions.³⁸ In that sense I take responsibility for the characteristics which I endorse as my own.

It is characteristic of the reasoning of Brümmer to state that this authenticity is a *necessary* condition for having my identity as a person, but it is not *sufficient*.³⁹ And here the relational aspect of having a personal identity or being a person comes into the picture. We as humans need others in order to develop as full and authentic human beings. We are inherently social beings. We must be nurtured by others from the beginning. We can only develop and flourish in relationships with partners, friends, mates, children, colleagues, and so on. I can only develop as a person to the extent that others endorse my identity and recognize me to be the person I claim to be. We need recognition and validation. My identity as a person is not a matter only in my own hands nor is it foisted upon me by others. My identity ‘is constituted by a consensus in which my claim is endorsed by others’.⁴⁰ This goes even a step further. It is not only the consensus by recognition of the claim to be person I am. That recognition is also the source of the intrinsic value I have as a person, that makes me the unique and irreplaceable individual I am. The love, the recognition of man flows forth and bestows value upon the person who is loved for his or her own unique and authentic characteristics. That is a value I cannot give myself. This also means that I, as a person, am not only important to me but obviously also to

³⁷ Brümmer, 1993.

³⁸ Brümmer, 1993, p. 232-233.

³⁹ Brümmer, 1993, p. 234, italics Brümmer.

⁴⁰ Brümmer, 1993, p. 234.

someone else, who ‘bestows value on me which I could otherwise not have’.⁴¹ To quote Brümmer again: ‘Since in this way both our identity and our value as persons is constituted by our relations of fellowship with others, we *need* to partake in such relationships. As persons we therefore *necessarily* long both to love and to be loved’.⁴²

6. ‘Who am I, who are you?’

I will finish this contribution by summarizing my take on the importance of our relatedness, the other and otherness with regard to what makes a person a person. I think the best way to do so is by looking at the question that is ‘personal’ in the strictest sense: who am I?⁴³ ‘Who’ or ‘what’ asks for a definition or a description. It is a cry for articulation, but also for recognition and validation. Wanting to know who you are is a primordial cry, faced with a given world and thus always answered via comparison with others already existing, others who have begun with me. ‘Am’ or ‘to be’ is a cry for security, for ground. It has to do with two basic facts. I have not always been there, and I will not always be there. So being has something of overcoming not being. The metropolitan of Pergamon Zizioulas for that reason calls it a doxological cry! Victorious overtones can be heard in this ‘being there’.⁴⁴ At the same time there is the hidden fear of non-being. Being for that reason is also recognition of its limitations. The ‘I’, or ‘you’, or ‘he’ means a cry for particularity, for otherness. Other beings are! So ‘being’ can be applied to many others, but this third ingredient the ‘I’ or ‘he’ implies a kind of uniqueness, in an unrepeatable way! It is clear from religious viewpoints and philosophical discussions that this uniqueness and unrepeatability cannot be based on features and characteristics that we share with human beings. These features are necessary but not sufficient conditions. ‘Others have begun with me’. Not the fact that we share characteristics like ideas, convictions, emotions and needs, wishes and desires make me the person I am. I share these characteristics with all human beings. The convictions and wishes and all these characteristics that have first-person meaning for me make me the person I am. However, it is not sufficient yet. I am who I am neither by choice by myself alone, neither is it foisted upon me by others. It is constituted by a consensus in which my claim is endorsed by others. I can only develop as a person to the extent that others endorse my identity and recognize me to be the person I claim to be. We need to be valued and to be loved.⁴⁵ To put it in other words: our uniqueness is lost outside the communion of love. In that case a person becomes a being like other beings, a member of a certain class of entities, that for instance bear a set of functions, roles, attitudes, and inclinations, but without absolute identity and name, without a face. Uniqueness is affirmed and maintained by love.

Personalia

P.J. Verhagen, psychiatrist and theologian, group psychotherapist and supervisor of the Nederlandse Vereniging voor Groepsdynamica en Groepspsychotherapie, member of the editorial board of the Dutch journal Groepen (Groups), Tijdschrift voor Groepsdynamica & Groepspsychotherapie, GGZ Meerkanten Ermelo/Harderwijk; secretary of the World

⁴¹ Brümmer, 1993, p. 235.

⁴² Brümmer, 1993, 235.

⁴³ Zizioulas, 2006.

⁴⁴ Zizioulas, 2006, p.100.

⁴⁵ Brümmer, 1993; Verhagen, 2006.

Psychiatric Association (WPA) Section on Religion, Spirituality and Psychiatry (www.religionandpsychiatry.com), secretary of the Dutch Foundation for Psychiatry and Religion.

Address correspondence to P.J. Verhagen, GGZ Meerkanten, Johanniterlaan 5, 3841 DS Harderwijk, the Netherlands. E-mail: pverhagen@meerkanten.nl

References

Armstrong 2001

K. Armstrong, *Buddha*, London: Penguin Books 2001.

Bergin 1983

A.E. Bergin, 'Religiosity and Mental Health: A Critical Reevaluation and meta-Analysis', *Professional Psychology: Research and Practice* 1983, 14 (2), p. 170-184.

Braam 1999

A.W. Braam, *Religion and depression in later life; an empirical approach*, Amsterdam, Thela Thesis 1999.

Brümmer 1993

V. Brümmer, *The Model of Love. A study in philosophical theology*, Cambridge: Cambridge University Press 1993.

Capps & Cole 2000

D. Capps & A.H. Cole, 'The Deadly Sins and Saving Virtues: How They are Viewed Today by Laity', *Pastoral Psychology* 2000, 48, p. 359-376.

Epstein 2006

M. Epstein, 'The structure of no-structure: Winnicott's concept of unintegration and the Buddhist notion of no-self', in: D.M. Black (ed.), *Psychoanalysis and Religion in the 21st Century. Competitors or Collaborators?*, London: Routledge 2006, p. 223-233.

Cloninger 2004

C.R. Cloninger, *Feeling Good. The Science of Well-Being*, Oxford: Oxford University Press 2004.

Dueck & Parsons 2007

Dueck & Th.D. Parsons, 'Ethics, Alterity, and Psychotherapy: A Levinasian Perspective', *Pastoral Psychology* 2007, 55, p. 271-282.

Evans 2005

C.S. Evans, 'The relational self: psychological and theological perspectives', in: W.R. Miller & H.D. Delaney (eds.), *Judeo-Christian perspectives on psychology. Human nature, Motivation, and change*, Washington: American Psychological Association 2005.

Foucault 1988

M. Foucault, *The Care of the Self. The History of Sexuality. Volume 3*, New York: Vintage Books 1988.

Glas 2006

G. Glas, 'Person, Personality, Self, and Identity: A Philosophically Informed Conceptual Analysis', *Journal of Personality Disorders* 2006, 20 (2), p. 126-138.

Hackney & Sanders 2003

Ch. H. Hackney & G.S. Sanders, 'Religiosity and Mental Health: A Meta-Analysis of Recent Studies', *Journal of the Scientific Study of Religion* 2003, 42 (1), p. 43-55.

Kierkegaard 1849/1978

S. Kierkegaard, *Die Krankheit zum Tode*, Gütersloh: Gütersloher Verlaghaus Mohn 1978.

Koenig 1990

H.G. Koenig, 'Research on religion and mental health in later life: A review and commentary', *Journal of Geriatric Psychiatry* 1990, 23, p. 23-53

Lee & Newberg 2005

B.Y. Lee & A.B. Newberg, 'Religion and Health: a Review and Critical Analysis', *Zygon*, 2005, 40 (2), p. 443-468.

Mrozik 2007

S. Mrozik, *Virtuous Bodies. The Physical Dimensions of Morality in Buddhist Ethics*, Oxford: Oxford University Press 2007.

Olson 2002

R.P. Olson (ed.), *Religious Theories of Personality and Psychotherapy. East meets West*, New York: The Haworth Press 2002.

Sadler 2005

J.Z. Sadler, *Values and Psychiatric Diagnosis*, International Perspectives in Philosophy and Psychiatry, Oxford: Oxford University Press 2005.

Taylor 2002

Ch. Taylor, *Varieties of Religion Today. William James Revisited*, Cambridge MA: Harvard University Press 2002.

Verhagen 2006

P.J. Verhagen, 'Forgiveness: a critical appraisal', in: N.N. Potter (ed.), *Trauma, Truth and Reconciliation. Healing Damaged Relationships*, Oxford: Oxford University Press 2006, p. 203-227.

Verhagen 2007

P.J. Verhagen, 'Imagining Jesus: To Portray or Betray? Psycho(-patho)logical aspects of attempts to discuss the historical individual', in: G.Glas, M.H. Spero, P.J. Verhagen & H.M. van Praag (eds.), *Hearing Visions and Seeing Voices. Psychological Aspects of Biblical Concepts and Personalities*, Dordrecht: Springer 2007, p. 183-204.

Zizioulas 2006

J.D. Zizioulas, *Communion & Otherness. Further Studies in Personhood and the Church*, London: T&T Clark 2006.

Neurobiological research on aggression and its needs for Forensic Psychiatry in the future

W.G.E. Kuyck

1. Introduction

Aggression is an important, serious and for our society a big problem. Costs for imprisonment, unemployment of the criminal afterwards and how to reintegrate into the society are great. Most crimes are aggressive and have a big impact on the victims and on the society. The costs of aggressive crimes to its victims, in terms of loss, pain, suffering and sometimes death are also great. Costs of aggressive crimes to potential victims, in terms of fear, anxiety, paranoia and isolation, should not be underestimated.^{1 2} In 2006, the CBS (Central Office of Statistics, the Netherlands) registered 109.154 aggressive crimes, of which 60% were resolved. Of these aggressive crimes 31.004 were against someone's life, of which 18.830 were resolved.³

Aggressive crimes are for instance murder, manslaughter, extreme mishandle, robbery, childabuse and forcible rape. The causes of and *subtypes* of aggression are different. The balance between nature and nurture, the interplay between genes, life-events and brain development, varies in each person different and consequently their behaviour.⁴

It is hypothesized that hostility – often part of a crime – derives from fear and greed, and serves physical and psychological survival.⁵ Violence, aggressiveness, is also influenced by cultural, environmental, and social forces.⁶ Nevertheless, the neural basis of aggressive behaviour in humans resembles that of animals, and the forms of aggression seen in humans parallel those observed in animals.²

The purpose of this chapter is to present some information about neurobiological aspects of aggression, which is developing within forensic psychiatric research. First the subtypes of aggression, second the role of neurotransmitters, hormones, neuroimaging and genetics shall be discussed.

This information is based on a literature research. Because of the limitations on the length of this chapter, the information is far from complete and more resembles a summary.

2. Subtypes of aggression

Background

Because aggressive behaviour has many different causes and manifestations, it is not surprising that researchers have tried to classify and define this phenomenon of human ag-

¹ Skodol, 2005.

² Siegel, 2005.

³ Centraal Bureau voor de Statistiek, 2007.

⁴ Volavka, 2002.

⁵ Sicher, 1967.

⁶ Eron 1987.

gression and its subtypes.^{4 7} Various definitions of *aggression* are available. Moyer's definition (1968) – 'overt aggression involving intent to inflict noxious stimulation or to behave destructively toward another organism' – is well known.⁸ Animal models of aggression provide a strong conceptual base for approaching the study of human aggression. Moyer established seven categories of aggressive behaviour based on their functional values and stimulus-bound characteristics: predatory aggression, intermale aggression, fear-induced aggression, irritable aggression, territorial aggression, maternal aggression and instrumental aggression. At about the time that Moyer proposed his taxonomy and suggested four dimensional criteria to discriminate subtypes of aggression in animals, similar attempts were made to categorize the different forms of aggression in humans. In 1961 Buss suggested that aggression be dichotomized along three behavioral dimensions: physical-verbal, active-passive, and direct-indirect.⁸ In 1969 Pulkkinen formulated a bidimensional model characterizing human aggression. A first dimension was related to the expression of aggression, ranging from indirect forms to direct forms. A second dimension concerned the defensive-offensive dichotomy.⁸ According to Cairns analyzing aggression is analyzing the antecedents (context, neurobiological mechanisms and development), expression (behavioral manifestations) and consequences (impact on others, impact on self) of it. The main problem in aggression research is the definition, classification and therefore making it researchable.⁸

Today in aggression research there are two classified *subtypes* of behavior in aggression in humans, which can be part of the typical crimes committed by offenders. The names differ, because animal and human aggression definitions are used interchangeable. Two subtypes are premeditated (predator, planned, proactive, 'cold', offensive, controlled) and impulsive (affective, reactive, 'warm', not planned, defensive, explosive) aggression.^{9 10} This subtyping may have significant implications for psychotherapeutic and psychopharmaceutical treatment. There may be a difference in treatment response.¹¹ *Impulsive* aggression has been conceptualized as a fear-induced, irritable, and hostile affect-laden defensive response to provocation, and involves a lack of inhibitory functions, reduced self-control and increased impulsivity. This is possibly associated with impulsive characteristics in the personality of the offender. Reactively aggressive children tend to have information-processing deficits and executive function deficits. It is said that this subtype is controlled by subcortical limbic structures. Because reactively aggressive individuals are hypothesized to be hypervigilant to stimuli that could be perceived as threatening, it is also predicted that they have higher levels of social anxiety compared to proactive aggressive adolescents, who are viewed as lacking in affect and emotional depth. It is thereby further postulated that in impulsive aggression an intense sympathetic arousal based upon a real or perceived fear-induced threat to the person and an immediate response to the threat stimulus takes place.¹² In *premeditated* aggression there is absence of sympathetic signs and there is no perceived threat. In comparison to impulsive aggression, there appears to be an important cognitive component to the response in which fantasy may play a key role. It is said that this subtype is controlled by corticolimbic pathways. Figure 1 illustrates a simplified model of aggression. At least two studies have

⁷ Armenteros, 2002.

⁸ Moyer, 1976.

⁹ Poulin, 2000.

¹⁰ Jianghong, 2004.

¹¹ Malone, 1998.

¹² Weinshenker, 2002.

shown that criminals identified as perpetrating predominantly instrumental (proactive) violent offences have higher scores on the Psychopathy Checklist than those with a history of reactive violence.¹³ Parallel to impulsive and premeditated aggression is the BIS/BAS model.¹⁴ BIS is behavioural inhibition system (associated with impulsivity), BAS is behavioural activation system (associated with planning, premeditation), which are postulated by Gray and Fowles respectively.

It must be said that a crime is often a combination of the two subtypes of aggression but can differ in the initiation of the crime. A crime can start impulsively and end premeditated, or reverse, or primarily one of the two. The primary psychopath is purely premeditated, compared to its secondary type of psychopathy, which is more impulsive in its behavior. The two predispositions, impulsive and premeditated, are probably separate entities and primarily conceptualized in a persons behavior.

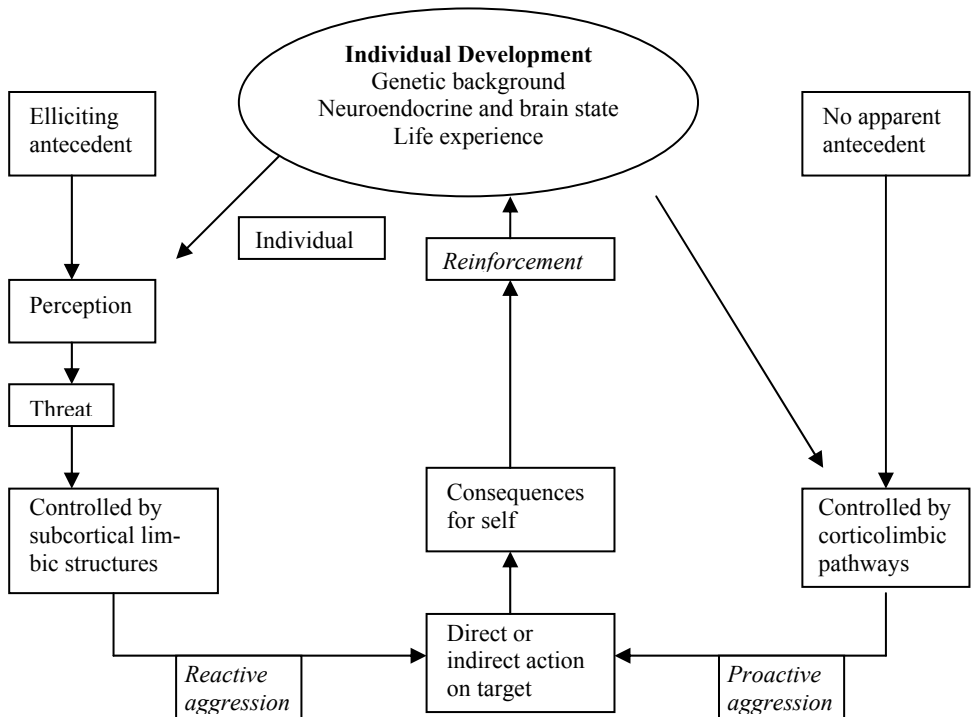


Figure 1

Validation of the subtypes of aggression

Subtyping aggression in impulsive and premeditated forms and researching their neuroendocrine and neuroimaging characteristics is further needed, to understand more about their interplay and (future pharmacological and psychotherapeutical) therapy. But, how can we validate these concepts of subtypes and implement it in our therapeutics? In the history of aggression research many different questionnaires were used. The two factor model – impulsive and premeditated aggression – was validated earlier.^{9 10 12} Vitello,

¹³ Raine, 2006.

¹⁴ Carver, 1994.

mentioned in other research, showed a good internal consistency (Cronbach's alpha .73), by assessing 73 children and adolescents.¹³ There is a so called Predatory-Affective Index of the Aggression Questionnaire to subtype subjects.

Today the Reactive-Proactive Aggression Questionnaire (RPQ) is being validated in the Netherlands. According to its psychometric qualities, factor analysis indicated a significant fit for a two-factor model, but the intercorrelation between the two scales – reactive and proactive – was high. So its discriminative power was low to differentiate between the two subtypes of aggression.¹³ Stanford developed a different validated self-report questionnaire, the IPAS-30, to discriminate these two subtypes from each other.^{15 16 17} The sensitivity and the specificity of the premeditated scale was 0.60 respectively 0.96, for the impulsive scale this was 0.96 and 0.50. The Cronbach's alfa (the internal consistency) was 0.82 and 0.77 respectively (table 1).

*Table 1: Internal Consistency and Classification Accuracy for the IPAS Scales.*¹⁵

Scale	Cronbach's α	Sensitivity	Specificity
Premeditated Aggression	.82	.60	.96
Impulsive Aggression	.77	.96	.50

The intercorrelation between the two subscales - impulsive and premeditated - was .02. This self-report has a low intercorrelation for the subtypes of aggression, which means a better discriminative power. As seen in other research, this intercorrelation increases when the questionnaire is being answered by a forensic or addicted population.^{16,17} This means a less discriminative power between the two scales when used among this population.

In summary we can postulate that subtypes of aggression – impulsive and premeditated – seem to be a valid construct, which can be used in further research programs.

3. Neurobiological aspects

Introduction

Lack of behavioral control/regulation is known to predispose to aggression and addiction problems. Conversely, the ability to inhibit/regulate behaviour is a basic characteristic of healthy development. The very complex interactions between neurotransmitters (neuromodulators), hormones (some also working as gene modulators), polymorphisms of genes and brain structures, resulting in different types of behaviour, make it difficult to research aggression and its subtypes. Many models have been developed in the past years. Each research group is taking little parts of this enormous puzzle. Below I shall give a far from complete outline of these neurobiological aspects, known to be associated with aggression and its subtypes.

The following will be discussed:

- ♦ Neurotransmitters: serotonin, norepinephrine and GABA;

¹⁵ Stanford, 2003.

¹⁶ Kockler, 2006.

¹⁷ Conner, 2007.

- ♦ Hormones: cortisol, DHEA and testosterone;
- ♦ Neuroimaging;
- ♦ Genes;

Neurotransmitters

That neuromodulators, the neurotransmitters, are important for affect inhibition and aggression is a given. A lack of inhibition is fundamental in impulsive-reactive aggression, its frequency and form at various ages is affected by how biology and life experiences alter particular neuromechanisms. Here, serotonin (5-HT and its subtypes), norepinephrine (NE) and GABA (Gamma-aminobutyric acid) will be limitedly reviewed. Dopamine (highly concentrated in the prefrontal cortex) and glutamate (an excitatory amino acid found in many neural circuits) will not be reviewed, although they are part of the problem.

Serotonin

It is well known and researched that serotonin is an important neurotransmitter which is involved in impulsive aggression regulation, but also in abstinent alcoholic individuals, depression and suicidal behaviour. Serotonin can be measured in different ways. 1) measurement of 5-hydroxyindoleacetic acid (5-HIAA) in the cerebrospinal fluid (CSF), 2) tryptophan (a precursor of serotonin) content in plasma, 3) serotonin uptake in platelets, 4) neuroendocrine challenges of central serotonin receptors and 5) molecular genetic studies.^{6, 18} CSF 5-HIAA is believed to reflect presynaptic serotonergic activity in the brain.¹⁹ Lifetime aggressiveness was negatively related to the CSF levels of 5-HIAA. A comment on these studies is the severeness of the aggression. Less severely aggressive participants do not have an inverse correlation of aggression and the CSF level of 5-HIAA. In other studies no difference was found of the CSF levels of 5-HIAA between those whose crime was impulsive and those where it was premeditated.^{20 21} 5-HT1B (subtype of the serotonin 5-HT receptor) knockout mice are more aggressive and 5-HT1A differs among the genders. Post-mortem brain studies and in vivo imaging studies have demonstrated greater 5-HT1A receptor binding in females as compared to males. There are several reports of an inverse relationship between aggression and 5-HT1A receptors. In the hippocampus, 5-HT and/or 5-HIAA concentrations are higher in female rats than in males. Sex steroids are known to modulate 5-HT1A binding and it has been suggested that oestradiol increases 5-HT1A binding. These differences may explain higher incidence of mood disorders and depression among females, being twice that of males, and the lower reported incidence of overt female aggression.²¹

The relation between tryptophan and aggression remains controversial. Reductions in tryptophan levels in the blood increases aggressive behaviour in many species, including nonhuman primates. A laboratory experiment with healthy adult male subjects resulted in no difference between elevation or reduction of plasma tryptophan affected aggressiveness.²² Another study reported beneficial effects of tryptophan treatment in aggressive psychiatric patients.²³ Low central serotonin concentration in the presynaps and low sero-

¹⁸ Coccaro, 1989.

¹⁹ Brown, 1979.

²⁰ Lidberg, 2000.

²¹ Lesch, 2000.

²² Smith, 1986.

²³ Volavka, 1990.

tonin transporter (5-HTT) concentration and the intra-cellular consequences (production and encoding for enzymes), are studied intensively in animals and humans. This serotonergic dysfunction can be genetically transmitted (see below).

The concept of a low 5-HT trait being a predisposing factor for abnormal behaviour has generated considerable interest and lots of supporting indirect evidence. This concept is yet still much of a working hypothesis, because no information could be collected from the studies as to whether the abnormalities are trait- or state-related.

Norepinephrine (NE)

The noradrenergic (NA) system serves many different functions in behavior. NA directly and indirectly affects aggression in three different levels: the hormonal system, the sympathetic nervous system and the central nervous system, in synergistic ways. All three systems react very rapidly to environmental changes. The peripheral catecholamines are important in ensuring the 'energy' of behavior, while central noradrenaline is activated by offensive and defensive aggression in males.⁴ The adrenergic system is involved in modulating normal arousal, vigilance and engagement to the environment. It is also involved in learning and memory/recognition processes. Stimulating postsynaptic noradrenergic receptors in the cats' hypothalamus facilitates aggression. In humans, clinical treatment with drugs increasing NE function is associated with agitation and irritability, particularly in patients with a borderline personality disorder. Studies found a positive correlation between MHPG, 3-methoxy-4-hydroxyphenylglycol, NE's major metabolite, and a life history of aggression. Elsewhere this could not be confirmed. The contradictory results of the association between MHPG and aggression is explained by the suggestion that NA's contradictory effects on aggressive behavior depend on what kind of aggressive paradigm is used. It is said that interactions with other neurotransmitters like dopamine, are also important in the explanation of how NE works in aggression.²⁴

GABA

Gamma-aminobutyric acid (GABA) serves as an inhibitory neurotransmitter at many central nervous system synapses. Potentiation of the GABA central activity generally decreases predatory aggression, whereas decrease of GABA activity had opposite effects. GABA has at least three binding sites in the brain: GABAA and GABAB receptors and the GABA transporter.²⁴ Alcohol increases GABAA receptor activity, suggesting that GABA transmission can facilitate aggression. Aggressive mice have lower brain concentrations of GABA, compared to nonaggressive mice. Clonidine and lithium, which have anti-aggressive behavioral effects in some patients, have reportedly increased peripheral measures of GABA. Benzodiazepines enhance central GABA activity and sometimes reduce aggression. Recently studies have discovered bidirectional effects of benzodiazepines on aggression (the well known paradoxical reaction).²⁴

In summary we can postulate that neurotransmitters are involved in aggression, especially in a different way in the subtypes of aggression, but not separately. They interact with each other, and interact with hormones, which is discussed in the next section.

Hormones

Hormones like cortisol and testosterone, and their believed reciprocal interaction, are involved in the 'puzzle of aggressive behaviour'.

²⁴ Tremblay, 2005.

Cortisol

Cortisol is the stress hormone produced by the adrenal gland in a stressful situation through activation by ACTH (from the *neuro*-pituitary) which is activated by CRH (from the hypothalamus): this is the hypothalamus-pituitary-adrenal axis (HPA-axis, figure 2). In the brain cortisol interacts with type I (mineralocorticoid) and type II (glucocorticoid) intracellular receptors. With the negative feedback of cortisol on ACTH and CRH the HPA-axis is regulated and balanced. On the subject of aggression several laboratory models of abnormal aggression are proposed: the *hyperarousal*-driven aggressiveness (characteristic mainly to intermittent explosive disorder) and the *hypoarousal*-driven aggressiveness (characteristic mainly to antisocial personality disorder).²⁵ The first has mostly chronic high basal and high responsive concentrations (with slow down regulation) of plasma cortisol during and after a stressful event, the latter mostly chronic low basal and low concentration levels (and quick down regulation) during and after a stressful event. It is hypothesized that the hyperarousal-driven aggressiveness is associated with impulsive aggression, and the hypoarousal-driven aggressiveness with premeditated aggression. In traumatized borderline personality disordered (BPD) women the HPA-axis is in dysbalance showing a high responsiveness to dexamethason/CRH administration with high ACTH and cortisol levels.²⁶ This is due to a hypersensitivity on the level of an enhanced central drive to pituitary ACTH release. The importance of this research is the possible parallel with the hyperarousal-driven aggressiveness in impulsive aggressive offenders. In PTSD – sometimes seen as a variation of the BPD – altered HPA-axis functioning and its feedbacks, measured in research with challenge-tests, can be explained on five different levels related to this HPA-axis.²⁷ Other research published recently argued about the negative consequences of cortisol elevations.²⁸ High cortisol has been associated with arousal during anxious presentations, whereas low cortisol is associated with fearlessness. Long-term consequences of continued cortisol elevation within the context of repeated stress (like maltreatment) includes neural atrophy in the hippocampus (involved in memory regulation) which may be characteristic for anxiety and depression,²⁹ promotion of CRH gene expression in the amygdala (involved in fear-anxiety perception) and abnormal development of the medial prefrontal cortex (involved in planning, control and executive functioning). The two last mentioned may be important in research of impulsive aggressive behaviour.

In summary it can be postulated that cortisol and its brain receptors have a major function in aggression and behavior in general, a function on different levels of the HPA-axis and point of impact on other brain structures, which makes research difficult concerning causality.

²⁵ Haller, 2005.

²⁶ Rinne, 2002.

²⁷ Kloet de, 2006.

²⁸ Erickson, 2003.

²⁹ Ghebrial, 2005.

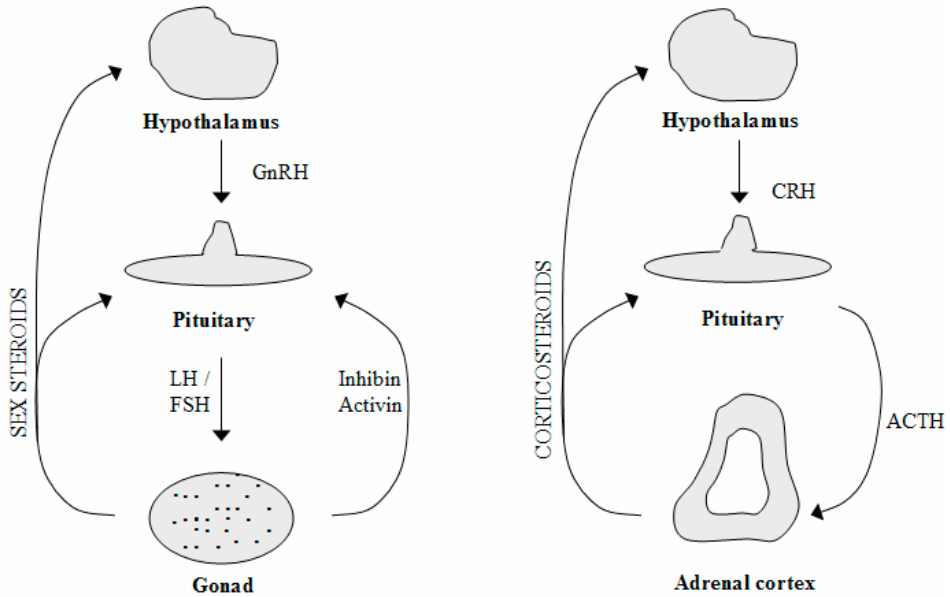


Figure 2: The Hypothalamic-Pituitary-Adrenal/Gonadal (HPA/HPG)-axis and its products.

3.1 Testosterone

Testosterone is produced by the gonadal system by activation through the *adenopituitary*, which is activated by the hypothalamus (HPG-axis, figure 2). There is an association between testosterone levels and aggressive behaviour, although the research results are sometimes contradictory.^{30 31} Administration of testosterone does not always result in increased aggression. It is said that more context-dependent increases of testosterone levels are also associated with aggression. High levels of testosterone would be associated with low sensitivity to punishment and increased sensitivity to reward in the short term.³² In human adult males, high cerebro-spinal fluid, serum and salivary testosterone levels have been related to chronic aggressive behaviour, violent crime and antisocial personality disorder.^{29 33} Testosterone may play a role in predisposing individuals to recurrent aggressive acts during adolescence. Other potentially interesting hormones in this respect are dehydroepiandrosterone (DHEA) and its sulphate (DHEAS), as some previous studies have found these adrenal androgens to be related to aggression, in combination and interaction with cortisol, sometimes even more strongly than testosterone.^{34 35} DHEA is secreted synchronously with cortisol in the adrenal glands in response to CRH and ACTH.³⁶ In fact DHEA(S) can act as an anti-glucocorticoid. A combined role for

³⁰ Archer, 2006.

³¹ Archer, 1991.

³² Honk van, 2004.

³³ Popma, 2006.

³⁴ Goozen van, 1998.

³⁵ Goozen van, 2005.

³⁶ Goodyer, 2001.

cortisol and DHEA in neurotoxic processes in the brain is suggested in preliminary experimental research. Testosterone is a prehormone, which acts, after aromatization, on the androgen receptors, and the intensity of aggressive behaviour was directly correlated with the aromatase activity in the posterior hypothalamus.³⁷ A direct action of androgens on the expression of the human CRH, which plays a central role in the HPA-axis, was recently published.³⁸

The relationship however between cortisol and testosterone remains uncertain. It is said that testosterone affects the release of ACTH, on hypothalamic and extrahypothalamic cell groups (like the medial preoptic area as an important site of the inhibitory effect of testosterone).³⁹ In 12-14 year old boys a significant interaction between cortisol and testosterone in relation to overt aggression was found, with a significant positive relationship between testosterone and overt aggression in subjects with low cortisol levels, but no such relationship in subjects with high cortisol levels. For covert aggression no interaction effect was found.³³

In summary we can postulate that testosterone has a major impact on aggressive behavior, but the direct interrelation between testosterone and aggression, and its causality, is not clear. Future research, also with DHEA (the adrenal androgen) , is needed to disclose this problem.

Neuroimaging

Brain imaging studies are starting to become more accepted in psychiatric^{40 41} and in aggression research.^{42 43 44 45 46 47} The research methods used are structural (s) and functional (f) Magnetic Resonance Imaging (MRI), Magnetic Resonance Spectroscopy (MRS), and – relatively new – Diffusion Tensor Imaging (DTI). All have their limitations and advances. A problem with fMRI in studies of violence and impulsivity is that some areas of interest, the inferior frontal lobes and the amygdala, are particularly difficult to image.⁴² The artefacts are proportional to magnetic field strength. Nonetheless, it is encouraging that the results of these fMRI studies are consistent with those from other modalities. fMRI measures the change in blood oxygenation activation in different brain areas (BOLD: blood oxygenation level-dependant), while the person is doing tasks. These tasks are for example Go/No Go tasks, which is the operationalization of impulsivity and involve regulation and inhibition of motor responses.^{48 49} MRS registrates on a metabolic level, independent of neuro-endocrine function or challenge, the functioning of different brain structures. DTI is rapidly becoming a technique that non-invasively maps microscopic structural information of oriented tissue (white brain structure and neuronal inter-

³⁷ Birger, 2003.

³⁸ Bao, 2006.

³⁹ Viau, 2001.

⁴⁰ Morihisa, 2001.

⁴¹ Herpertz, 2001.

⁴² Hoptman, 2003.

⁴³ Paua, 2005.

⁴⁴ Bufkin, 2006.

⁴⁵ Blair, 2004.

⁴⁶ Bassarath, 2001.

⁴⁷ Blair, 2003.

⁴⁸ Helmers, 1995.

⁴⁹ Spinella, 2004.

connectivity) in vivo in neuroimaging studies of psychiatric illnesses.^{50 51} A major application of DTI is assessment of the direction and/or integrity of white-matter tracts.⁵¹ DTI can be obtained from MR scanners with echo-planar imaging. It is said that the BOLD response is proportional to local input synaptic activity, which in turn may depend on the number and myelination of axons.^{50 51} One might therefore expect that white matter microstructure in a specific region would be positively correlated with brain activity in the cortical areas to which the axons passing through the region project.⁵² Here fMRI can be combined with DTI.⁵³ Recently brain regions involved in aggressive behaviour was documented.⁵⁴

Table 2: Brain Regions Involved in Aggressive Behaviour.⁵⁴

Brain Region	Associated Behaviours
Cerebellum	Interval timing, attention, memory
Temporal lobe	Memory affect
Amygdala	Conditioned emotional memory and response, fear, anxiety
Hippocampus	Explicit memory
Superior temporal gyrus	Complex auditory and language
Basal Ganglia	Relay station, dopamine and serotonin rich
Thalamus	Filtering, gating, processing, relaying information
Prefrontal Cortex	Executive function, dopamine rich
Dorsolateral	planning, flexibility, motivation
Orbitofrontal	Inhibition, empathy
Medial	Response conflict
Anterior Cingulate	Emotional processing, decision making
Hypothalamus	Autonomic nervous system, appetite, rage, sexual drive

I shall focus on fMRI and DTI, because these methods are our tools in the neuroanatomic subtyping of aggressive behaviour in impulsive and premeditated. In two reviews it is stated that mostly the (pre)frontal and (medial) temporal regions (amygdala, hippocampus, dACC (dorsal anterior cingulate cortex)) are involved in violent and antisocial behaviour.^{42 44} The prefrontal cortex (PFC) is divided in two functionally distinct sectors, including the ventromedial cortex (VMPFC) and the dorsolateral cortex. The VMPFC is further divided in a orbitofrontal and mesial part. Patients with adult-onset VMPFC damage show defects in real-life decision making, seem to be guided by immediate prospects only and do not take into account future consequences of their behaviour. There is evidence that reward and punishment activate different parts of the VMPFC. The OFC is

⁵⁰ Moseley, 2002.
⁵¹ Taylor, 2004.
⁵² Taber, 2003.
⁵³ Olesen, 2003.
⁵⁴ Sugden 2006.

hypothesized to play a role in mediating behaviour based on social context and in the perception of social signs, in particular facial expressions of anger. The amygdala - in contrast - is associated with facial expressions of fear.^{44 55} In a recent publication it is said that the OFC is mainly involved in reactive (impulsive) aggression, and the amygdala in instrumental aggression.⁴⁵ Good functioning of the OFC can manage or control the functioning of the amygdala. The dorsolateral PFC (DLPFC) has been found to be involved in key executive functions (EF), where planning, inhibition and mental flexibility are characteristics. It is important to mention that in most fMRI studies there was no subtyping of the aggressive behaviour, but mostly only impulsive subtypes were studied. Neuroimaging studies focused on premeditated aggression are scarce.

In summary we can postulate that certain brain structures are involved in behaviour like aggression. Different parts and function of the prefrontal cortex, the orbitofrontal cortex and the dACC are important structures which are seen in this neuroimaging research, where fMRI and in the near future DTI are research methods of importance. The combination of fMRI and DTI may give us more clues about brain function and connectivity of brain structures.

Genes

Behavioural genetic research began in the 1920s with selection studies of animal behaviour and family, twin, and adoption studies of human behaviour.⁵⁶ First the so called one gene one disorder (OGOD) approach and later the quantitative trait loci (QTL) approach developed for identifying genes that affect complex human behaviour. Adult aggression and violent behaviour may represent more genetically based behaviour, whereas aggressive behaviours in children still tend to be shaped by the environment.⁵⁷ In a review it is outlined which basic concepts are important in doing genetic research.⁵⁸ Very few genetic factors are known, as is true for most disorders with a complex genetic origin. The most powerful are the twin and adoption studies to determine the genetic factors involved in human behaviour like aggression and crime. Twin studies are not consistent in their results. Coccaro reported that direct physical aggression demonstrates the greatest heritability (47% versus 28% non-physical (verbal) aggression).⁵⁹ To assess genetic and environmental issues simultaneously, adoption studies are needed. The different genes, mainly their polymorphism (with gene expression and encoding for enzymes) and their interactions with environments, are involved in aggression: this is the gene x environment research field. Gene expression activated by environmental life events is essential. Chromosomal abnormalities were studied in the XYY and XXY karyotypes.^{60 61} More informative than karyotyping is the study of DNA polymorphism. Genes that code for proteins involved in serotonergic activity are candidates for roles in the regulation of aggressive behaviour. So far these studies have focused on the gene coding for tryptophan hydroxylase (TPH), serotonin transporter (5-HTT) and several serotonin receptor subtypes.⁶⁰ The MAO-A (monoamine oxidase-A) gene is also studied.

⁵⁵ Davidson, 2000.

⁵⁶ Plomin, 1990.

⁵⁷ Cadoret, 1997.

⁵⁸ Burmeister, 1999.

⁵⁹ Coccaro, 1997a.

⁶⁰ Skodol, 2005.

⁶¹ Volavka, 2002.

TPH is the rate-limiting enzyme in serotonin synthesis. Two bi-allelic polymorphisms have been identified on the TPH gene (L and U alleles). The L allele has been associated with reduced cerebrospinal fluid (CSF) 5-HIAA level and a history of suicide.⁶² In male subjects with personality disorders, the LL genotype was associated with higher scores for impulsive aggression on the Buss-Durkee Hostility Inventory (BDHI).⁶³

The 5-HTT protein mediates the presynaptic reuptake of serotonin and thus terminates serotonergic neurotransmission. There are two alleles (L and S), where the L allele produces more 5-HTT protein (higher transcription activity) than the S allele. An association between this polymorphism and personality traits has been reported,⁶⁴ but not replicated.⁶⁵ Type 2 alcoholism, with a familial (genetic) background, is associated with novelty seeking, impulsive violent and antisocial behaviour.⁶⁰ A serotonergic dysfunction is probably an underlying mechanism.⁶⁶ Type 1 alcoholism, characterized by late onset and no prominent antisocial behaviour, had 50% LL genotype versus 15% in type 2 alcoholism. The frequency of the S allele was higher among subjects with type 2 alcoholism. The results indicate that the 5-HTT promoter polymorphism is associated with type 1 alcoholism. In another study no association between aggressive behaviour and 5-HTT polymorphism was detected in a sample of subjects with personality disorders.⁶⁷ The serotonin 1B receptor gene polymorphism (5-HTR1B) was associated with a higher impulsive aggression score in the BDHI in New York patients with personality disorders.⁶⁸ The interplay between genetic variations and environment still is important and needed for research.^{69 70} Genetically determined variability in serotonergic gene expression influences complex traits including that of inappropriately aggressive behaviour.

Evidence for an association between MAO-A (a functional gene) and aggressive behavior in the human general population remains inconclusive. The MAO-A gene is located on the X-chromosome, codes the MAO-A enzyme, which metabolizes neurotransmitters such as serotonin, rendering it inactive. In a study preliminary evidence was found of an association between polymorphic variation in the gene for MAO-A and interindividual variability in aggressiveness, impulsivity, and central nervous system serotonergic responsiveness.⁷¹ Genetic deficiencies in MAO-A activity have been linked with aggression in mice and humans.⁷² Maltreated children with a genotype conferring high levels of MAO-A expression were less likely to develop antisocial problems. Deficient MAO-A activity may dispose the organism toward neural hyperactivity to threat. In another recently published study this was replicated.⁷³ Clues from the brain's response to social exclusion and its genetic risks for aggression has recently been published.⁷⁴ Cortisol, when produced in the adrenal gland, enters unbound (5%) the brain and binds on two receptors (genetically expressed): the mineralocorticoid receptors (MRs) and the glucocorticoid receptors

⁶² Nielsen, 1998.

⁶³ New, 1998.

⁶⁴ Mazzanti, 1998.

⁶⁵ Gelernter, 1998.

⁶⁶ Hallikainen, 1999.

⁶⁷ New, 2000.

⁶⁸ New, 1999.

⁶⁹ Lesch, 2000.

⁷⁰ Paris, 2001.

⁷¹ Manuck, 2000.

⁷² Caspi, 2002.

⁷³ Kim-Cohen, 2006.

⁷⁴ Eisenburger, 2007.

(GRs). These receptors are mRNA mediators. The affinity for MR is 10-folded compared to GR. In animal research the MR/GR balance is of importance in relation to stress responsiveness, and emotional and cognitive functioning that is critical for mental health.⁷⁵

⁷⁶ MRs are present in most parts of the brain, GRs are primarily present in the hippocampus (important for declarative memory) and the prefrontal cortex. The difficult interplay between serotonin and corticoids, its gene expressions, the functional implications of central corticosteroid receptor diversity, and the vulnerability to cocaine (often a co-factor in aggressive crimes) is extensively studied elsewhere.^{77 78}

In the next ten years maybe different genes will be discovered, genes which have stronger associations with the neurobiology of the subtypes of aggression, like different neural circuits, and the interactions with environments of children becoming adults. This gene x environment interaction is of importance to the research of the (endo)phenotype of aggression.

In summary we can conclude that the study of genetics is of big importance. The problem is the functionality of different genes and the interaction with and their expression through environment. The research field called genomic imaging, which is genetics combined with neuroimaging, is an important future topic.

4. Conclusions and remarks

Aggression research is a difficult field, because of the extremely complex interplay between life-events (traumatization with its effects on the neuroendocrine system and thereby brain development), neurotransmitters (with their subtypes and genetic inheritance), hormones (also within gender differences), genes (and their polymorphisms) and brain development. Interplay of different neuronal circuits is essential to disclose.

Concerning the developmental origins of aggression, the problem to be solved is not the measurement of genes, nor the measurement of the environment, but the measurement of the (endo)phenotype (genes x environment).⁷⁹ This type of research is absolutely necessary among prisoners, to get a better understanding of this large problem in our society and to focus on a more differentiated type of psychotherapeutic and pharmacological treatment in the Dutch TBS system, for their and our future.

5. Future focus

Research

Research in forensic psychiatry in The Netherlands is growing and in the future a more neurobiological focus is needed, like neuroendocrinological, neuroimaging and genes x environmental aspects. The 90's with its 'decade of the brain', needs a follow up in neuroscience research. I think politicians and in the society people are more impressed and aware of the 'neurobiological time' and the necessity to use the research developmental possibilities to study topics like aggression in the criminal population. This is of importance to develop better treatments for the criminal population, who are or in prison or in

⁷⁵ Rijk de, 2006.

⁷⁶ Brinks, 2007.

⁷⁷ Meijer, 1996.

⁷⁸ Jong de, 2007.

⁷⁹ Tremblay, 2005.

the Dutch TBS system. In this system criminals with psychiatric or psychological psychopathology are treated in special clinics during an average of eight years, also focusing on their serious crimes. One of the future topics are also the recidivisms of criminals related to neurobiological disorders. To what extent can we be able to relate these together in a neurobiological scientific concept of evidence?

I think it is of importance that the researchers are open in their focus and aims to do this research on prisoners, where better treatments for them brings everybody in a win-win situation. I believe that within the next ten years we can look back and say “forensic psychiatry scientifically has developed itself in an essential way”.

5.1 Related topics

Accountability

Accountability for a crime is one of the related topics which is of importance in the future. The main question here is: can someone be accountable for a crime who is neurobiological disordered or disturbed? This difficult question is difficult to answer. In the United States of America this is already a large issue, with (also) difficult discussions in court. The lawyer tries to plea his client free from prosecution because ‘the neurobiological evidence is clear’: the criminal could not be responsible for his behavior because of the damage in his or her brains. In other words: to what extent can a criminal be excluded for his or her accountability of a crime? Does a neurobiological disordered criminal mean that the criminal is not responsible for his behavior? Is behavior, inhibition and control contradictory or related to conscience? These and more questions are important to think about, and discuss with people working in the forensic field (ourselves), people in the ethical field of science, judicature, lawyers and so on.

Ethical considerations in research on prisoners

Ethical arguments about research on prisoners must not be neglected. Can criminals decide in free will whether they want to cooperate in neurobiological research or not? A person who has limited conative, cognitive and affective capacities, needed to be responsible for one’s behavior and thoughts, is maybe also limited in his or her weighing.⁸⁰ In a lot of cases structural and functional abnormalities in the frontal lobe and limbic system, or immature development of the brains, can impair or even undermine the capacity for reasoning and decision-making. The problem in neuroimaging is that correlation is not the same as causation, which is why neuroimaging is limited in assessing whether people have free will and can be responsible for their thoughts and actions.

What is needed to cooperate in research with criminals? The criminal must be able to decide in free will, must be capable to decide (cerebral) and must have advantages like treatment perspectives in the future.⁸¹ Is this realizable?

LeDoux points out that brain imaging studies ‘force us to confront ethical decisions as a society. How far should we go in using brain images to read minds, and how should we use the information we discover? It is testimony to the progress being made that these questions need to be asked’.⁸²

⁸⁰ Glannon, 2005.

⁸¹ Engberts, 2007.

⁸² LeDoux, 2002.

Author

Drs. Wouter G.E. Kuyck is a forensic psychiatrist at the Netherlands Institute of Forensic Psychiatry and Psychology (NIFP) in Amsterdam. He is starting a research project for his thesis. Correspondence: W.Kuyck@dji.minjus.nl.

References
Archer 2006

J. Archer. 'Testosterone and human aggression: an evaluation of the challenge hypothesis'. *Neuroscience and Biobehavioural Reviews*, 2006, 30, p. 319-345.

Archer 1991

J. Archer. 'The influence of testosterone on human aggression'. *British Journal of Psychology*, 1991, 82, p. 1-28.

Armenteros 2002

J.L. Armenteros, J.E. Lewis. 'Citalopram Treatment for Impulsive Aggression in Children and Adolescents: An Open Pilot Study'. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2002, 41, 5, p. 522-529.

Bao 2006

A.M. Bao, D.F. Fisher, Y.H. Wu, et al. 'A direct androgenic involvement in the expression of human corticotropin-releasing hormone'. *Molecular Psychiatry*, 2006, 11, p. 567-576.

Bassarath 2001

L. Bassarath. 'Neuroimaging Studies of Antisocial Behaviour'. *Canadian Journal of Psychiatry*, 2001, 46, p. 728-732.

Birger 2003

M. Birger, M. Swartz, M. Cohen, et al. 'Aggression: The Testosterone-Serotonin Link'. *The Israel Medical Association Medical Journal*, 2003, 5, p. 653-658.

Blair 2004

R.J.R. Blair. 'The roles of orbital frontal cortex in the modulation of antisocial behaviour'. *Brain and Cognition*, 2004, 55, p. 198-208.

Blair 2003

R.J.R. Blair. 'Neurobiological basis of psychopathy'. *British Journal of Psychiatry*, 2003, 182, p. 5-7.

Brinks

V. Brinks, H. van der Mark, E.R. de Kloet, et al. 'Differential MR/GR Activation in Mice Results in Emotional States of Beneficial or Impairing for cognition'. *Neural Plasticity*, 2007, 90163, p. 1-11.

Brown 1979

G.L. Brown, F.K. Goodwin, J.C. Ballenger, et al. 'Aggression in humans correlates with cerebrospinal fluid amine metabolites'. *Psychiatry Research*, 1979, 1, p. 131-139.

Bufkin 2005

J.L. Bufkin, V.R. Luttrell. 'Neuroimaging studies of aggressive and violent behaviour'. *Trauma, Violence & Abuse*, 2005, 6, 2, p. 176-191.

Burmeister 1999

M. Burmeister. 'Basic Concepts in the Study of Diseases with Complex Genetics'. *Biological Psychiatry*, 1999, 45, p. 522-532.

Cadore 1997

R.J. Cadoret, L.D. Leve, E. Devor. 'Genetics of aggressive and violent behavior'. *The Psychiatric Clinics of North America*, 1997, 20, 2, p. 301-322.

Carver 1994

C. Carver, T. White. 'Behavioural Inhibition, Behavioural Activation, and Affective Response to Impending reward and Punishment: The BIS/BAS Scales'. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1994, 67, 2, p. 319-333.

Caspi 2002

A. Caspi, J. McClay, T.E. Moffitt, et al. 'Role of Genotype in the Cycle of Violence in Maltreated Children'. *Science*, 2002, 297, p. 851-854.

CBS 2007

Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg 2007.

Coccaro 1989

E.F. Coccaro. 'Central serotonin and impulsive aggression'. *British Journal of Psychiatry*, 1989; supplement 155: p. 52-62.

Coccaro 1997a

E.F. Coccaro, C.S. Bergeman, R.J. Kavoussi, et al. 'Heritability of aggression and irritability: a twin study of the Buss-Durkee aggression scales in adult male subjects'. *Biological Psychiatry*, 1997a, 41, p. 273-284.

Conner 2007

K.R. Conner, R.J. Houston, L.M. Sworts, et al. 'Reliability of the Impulsive-Premeditated Aggression Scale (IPAS) in treated opiate-dependent individuals'. *Addictive Behaviours*, 2007, 32, p. 655-659.

Davidson 2000

R.J. Davidson, K.M. Putman, C.L. Larson. 'Dysfunction in the Neural Circuitry of Emotion Regulation - A possible Prelude to Violence'. *Science*, 2000, 289, p. 591-594.

Eisenburger 2007

N.L. Eisenburger, B.M. Way, Taylor SE, et al. 'Understanding Genetic Risk for Aggression: Clues From the Brain's Response to Social Exclusion'. *Biological Psychiatry*, 2007, 61, p. 100-1108.

Engberts 2007

D. Engberts, lawyer/ethic, University of Leiden, personal remark 2007.

Erickson 2003

K. Erickson, W. Drevets, J. Schulkin. 'Glucocorticoid regulation of diverse cognitive functions in normal and pathological emotional states'. *Neuroscience and Biobehavioural Reviews*, 2003, 27, p. 233-246.

Eron 1987

L.D. Eron. 'The development of aggressive behaviour from the perspective of a developing behaviourism'. *American Psychologist*, 1987, 42, p. 435-442.

Gelernter 1998

J. Gelernter, H. Kranzler, E.F. Coccaro, et al. 'Serotonin transporter protein gene polymorphism and personality measures in African American and European American subjects'. *American Journal of Psychiatry*, 1998, 155, p. 1332-1338.

Ghebrial 2005

M.E. Ghebrial. *Hormone-behaviour correlates among male and female psychopathic participants: relationship to Gray's model of behavioural inhibition and activation systems*. Thesis. The Pennsylvania State University, 2005.

Glannon 2005

W. Glannon. 'Neurobiology, Neuroimaging, and Free Will'. *Midwest Studies in Philosophy*, 2005, XXIX, p. 68-82.

Goodyer 2001

I.M. Goodyer, R.J. Prak, C.M. Netherton, et al. 'Possible role of cortisol and dehydroepiandrosterone in human development and psychopathology'. *British Journal of Psychiatry*, 2001, 179, p. 243-249.

Goozen van 1998

S.H. van Goozen, W. Matthys, P.T. Cohen-Kettenis, et al. 'Adrenal androgens and aggression in conduct disorder prepubertal boys and normal controls'. *Biological Psychiatry*, 1998, 43, p. 156-158.

Goozen van 2005

S.H. van Goozen. *Hormones and the Developmental Origins of Aggression*. In: R.E. Tremblay, W.W. Hartup, J. Archer. *Developmental Origins of Aggression*. The Guilford Press (www.guilford.com), New York, 2005.

Haller 2005

J. Haller, E. Mikics, J. Halász, et al. Mechanisms differentiating from abnormal aggression: Glucocorticosteroids and serotonin'. *European Journal of Pharmacology*, 2005, 526, p. 89-100.

Hallikainen 1999

T. Hallikainen, T. Saito, H.M. Lachman, et al. 'Association between low activity serotonin transporter promoter genotype and the early onset alcoholism with habitual impulsive violent behavior'. *Molecular Psychiatry*, 1999, 4, p. 385-388.

Helmers 1995

K.F. Helmers, S.N. Young, R.O. Pihl. 'Assessment of measures of impulsivity in healthy male volunteers'. *Personality and individual difference*, 1995, 19, 6, p. 927-935.

Herpertz 2001

S. Herpertz, Th.M. Dietrich, B. Wenning, et al. 'Evidence of Abnormal Amygdala Functioning in Borderline Personality Disorder: A functional MRI Study'. *Biological Psychiatry*, 2001, 50, p. 292-298.

Honk van 2004

J. van Honk, D.J.L.G. Schutter, E.J. Hermans, et al. 'Testosterone shifts the balance between sensitivity for punishment and reward in healthy young women'. *Psychoneuroendocrinology*, 2004, 29, p. 937-943.

Hoptman 2003

M.J. Hoptman. Neuroimaging Studies of Violence and Antisocial Behaviour. *Journal of Psychiatric Practice*, 2003, 9, 4, p. 265-278.

Jianghong 2004

R.N. Jianghong Lui. 'Concept analysis: Aggression'. *Issues in Mental Health Nursing*, 2004, 25, p. 693-714.

Jong de 2007

I.E.M. de Jong. *Vulnerability to Cocaine: role of stress hormones*. Thesis, Rijksuniversiteit Leiden, 2007.

Kim-Cohen 2006

J. Kim-Cohen, A. Caspi, A. Taylor, et al. 'MAO-A, maltreatment, and gene-environment interaction predicting children's mental health: new evidence and a meta-analysis'. *Molecular Psychiatry*, 2006, 11, p. 903-913.

Kloet de 2006

C.S. de Kloet, E. Vermetten, E. Geuze, et al. 'Assessment of HPA-axis function in post-traumatic stress disorder: Pharmacological and non-pharmacological challenge tests, a review'. *Journal of Psychiatric Research*, 2006, 40, p. 550-567.

Kockler 2006

T.R. Kockler, J.R. Meloy, C.E. Nelson, et al. 'Characterizing Aggressive Behaviour in a Forensic Population'. *American journal of Orthopsychiatry*, 2006, 76, 1, p. 80-85.

LeDoux

J. LeDoux. *The Synaptic Self: How Our Brains Become Who We Are*. New York: Viking, 2002.

Lesch 2000

K.P. Lesch, U. Merschdorf. 'Impulsivity, Aggression and Serotonin: A Molecular Psychobiological Perspective'. *Behavioural Science and the Law*, 2000, 18, p. 581-604.

Lidberg 2000

L. Lidberg, H. Belfrage, L. Bertilsson, et al. 'Suicide attempts and impulsive control disorder are related to low cerebrospinal fluid 5-HIAA in mentally disorderd violent offenders'. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2000, 101, p. 395-402.

Malone 1998

R.P. Malone, D.S. Bennett, F. Luebbert, et al. 'Aggression Classification and Treatment Response'. *Psychopharmacology Bulletin*, 1998, 34, 1, p. 41-45.

Manuck 2000

S.B. Manuck, J.D. Flory, R.E. Ferrell, et al. 'A regulatory polymorphism of the monoamine oxidase-A gene may be associated with variability in aggression, impulsivity, and central nervous system serotonergic responsivity'. *Psychiatric Research*, 2000, 95, p. 9-23.

Mazzanti 1998

C.M. Mazzanti, J. Lappalainen, J.C Long, et al. 'Role of the serotonin transporter promoter polymorphism in anxiety-related traits'. *Archives of General Psychiatry*, 1998, 55, p. 936-940.

Meijer 1996

O. Meijer. *Corticosterone and Hippocampal 5-HT1A Receptors*. Thesis, Rijksuniversiteit Leiden, 1996.

Morihisa 2001

J.M. Morihisa, editor. *Advances in Brain Imaging. Review of Psychiatry*, volume 20, 4, American Psychiatric Publishing, Inc., 2001.

Moseley 2002

M. Moseley. 'Diffusion tensor imaging and aging – a review'. *NMR Biomedicine*, 2002, 15, p. 553-560.

Moyer 1976

K.E. Moyer. *The Psychobiology of Aggression*. New York, Harper & Row, 1976.

New 1998

A.S. New, J. Gelernter, Y. Yovell, et al. 'Tryptophan hydroxylase genotype is associated with impulsive-aggression measures: a preliminary study'. *American Journal of Genetics*, 1998, 81, p. 13-17.

New 1999

A.S. New, J. Gelernter, V. Mitrogloulou, et al. 'Impulsive aggression associated with HTR1B genotype in personality disorders' (abstract no NR388), in *New Research Program and Abstracts*, American Psychiatric Association 152nd Annual Meeting, May 15-20, 1999, Washington, DC, American Psychiatric Association.

New 2000

A.S. New, M. Goodman, V. Mitropoulou, et al. 'Serotonin-related genes and impulsive aggression in personality disorders (abstract)'. *Biological Psychiatry*, 2000, 47, 118S.

Nielsen 1998

D.A. Nielsen, M. Virkkunen, J. Lappalainen, et al. 'A Tryptophan hydroxylase gene marker for suicidality and alcoholism'. *Archives of General Psychiatry*, 1998, 55, p. 593-602.

Olesen 2003

P.J. Olesen, Z. Nagy, H. Westerberg, et al. 'Combined analysis of DTI and fMRI data reveals a joint maturation of white and grey matter in fronto-parietal network'. *Cognitive Brain Research*, 2003, 18, p. 48-57.

Paris 2001

J. Paris. 'Why Behavioral Genetics Is Important for Psychiatry'. *Canadian Journal of Psychiatry*, 2001, 46, p. 223-224 (Editorial).

Pau 2005

T. Paua. 'Mapping Brain Development and Aggression'. *The Canadian Child and Adolescent Psychiatric Review*, 2005, 14, 1, p. 10-15.

Plomin 1990

R. Plomin, J.C. de Fries, G.E. McClearn. *Behavioral Genetics: A Primer*. Freeman, New York, ed. 2, 1990.

Popma 2006

A. Popma. *Neurobiological factors of antisocial behaviour in delinquent male offenders*. Thesis. Amsterdam, 2006.

Poulin 2000

F. Poulin, M. Boivin. 'Reactive and Proactive aggression: Evidence for a Two-Factor Model'. *Psychological Assessment*, 2000, 12, 2, p. 115-122.

Raine 2006

A. Raine, K. Dodge, R. Loeber, et al. 'The Reactive-Proactive Aggression Questionnaire: Differential Correlates of Reactive and Proactive Aggression in Adolescent Boys'. *Aggressive Behaviour*, 2006, 32, p. 159-171.

Rinne 2002

Th. Rinne, E.R. de Kloet, L. Wouter, et al. 'Hyperresponsiveness of Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis to Combined Dexamethason/Corticotropin-Releasing Hormone Challenge in Female Borderline Personality Disorder Subjects with a History of Sustained Childhood Abuse'. *Biological Psychiatry*, 2002, 52, p. 1102-1112.

Rijk de 2006

R.H. de Rijk, S. Wüst, O.C. Meijer, et al. 'A Common Polymorphism in the Mineralocorticoid Receptor Modulates Stress Responsiveness'. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2006, 91, 12, p. 5083-5089.

Sicher 1967

L. Sicher, H. Mosak. 'Aggression as a secondary phenomenon'. *Journal of Individual Psychology*, 1967, 23, p. 232-235.

Siegel 2005

A. Siegel. *The Neurobiology of Aggression and Rage*. CRC Press, 2005.

Skodol 2005

A.E. Skodol. *Psychopathology and Violent Crime*. Review of psychiatry, volume 17. American Psychiatric Press, Inc., Washington, DC, 2005.

Smith 1986

S.E. Smith, R.O. Pihl, S.N. Young, et al. 'Elevation and reduction of plasma tryptophan and their effects on aggression and perceptual sensitivity in normal males'. *Aggressive Behaviour*, 1986, 12, p. 393-407.

Spinella 2004

M. Spinella. 'Neurobehavioural correlates of impulsivity: evidence of prefrontal involvement'. *International Journal of Neuroscience*, 2004, 114, p. 95-104.

Stanford 2003

M.S. Stanford, R.J. Houston, C.W. Mathias, et al. 'Characterizing Aggressive Behaviour'. *Assessment*, 2003, 10, 2, p. 183-190.

Sugden 2006

S.G. Sugden, S.J. Kile, R.L. Hendren. 'Neurodevelopmental Pathways to Aggression: A Model to Understand and Target Treatment in Youth'. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, 2006, 18, p. 302-317.

Taber 2003

K.H. Taber, R.A. Hurley. 'The role for diffusion tensor imaging in neuropsychiatry'. *Current Opinion in Psychiatry*, 2003, 16, p. 341-347.

Taylor 2004

W.D. Taylor, E. Hsu, K.R.R. Krishnan, et al. 'Diffusion Tensor Imaging: Background, Potential, and Utility in Psychiatric Research'. *Biological Psychiatry*, 2004, 55, p. 201-207.

Tremblay 2005

R.E. Tremblay, W.W. Hartup, J Archer. *Developmental Origins of Aggression*. The Guilford Press (www.guilford.com), New York, 2005.

Viau 2001

V. Viau, L. Soriano, M.F. Dallman. 'Androgens Alter Corticotropin Releasing Hormone and Arginine Vasopressin mRNA Within Forebrain Sites Known to Regulate Activity in the Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis'. *Journal of Neuroendocrinology*, 2001, 13, p. 442-452.

Volavka 1990

J. Volavka, M. Crowner, D. Brizer, et al. 'Tryptophan treatment of aggressive psychiatric inpatients'. *Biological Psychiatry*, 1990, 28, p. 728-732.

Volavka 2002

J. Volavka. *Neurobiology of Violence*. Second edition. American Psychiatric Publishing, Inc., 2002.

Weinshenker 2002

N.J. Weinshenker, A. Siegel. 'Bimodal classification of aggression: affective defence and predatory attack'. *Aggression and Violent Behaviour*, 2002, 7, 3, p. 237-250.

Forensische psychiatrie in de opleiding tot algemeen psychiater

A. Been, E.M.M. Mol en W.G.E. Kuyck

1. Inleiding

De belangstelling voor de forensische psychiatrie is groeiende. Het huidige onderwijs aan de arts assistenten in opleiding tot psychiater wordt vernieuwd, volgens het CanMeds competentiemodel.¹ Het is daarom belangrijk juist nu stil te staan bij de plek die de forensische psychiatrie binnen de opleiding tot algemeen psychiater heeft en zou kunnen hebben. Forensische psychiatrie omvat de psychiatrische diagnostiek, rapportage en behandeling van personen die van het plegen van strafbare feiten worden verdacht of die hiervoor zijn veroordeeld. de relatie tussen delict en stoornis staat centraal in de forensische psychiatrie in nauwe samenhang met het inschatten van het recidiverisico en het integreren van risicomanagement in het behandelplan.

Gestoord en gevaarlijk gedrag staat in de belangstelling. Er kan geen gruwelijk misdrijf passeren of in televisieprogramma's als *NOVA*, *Pauw & Witteman* en *EenVandaag* wordt de mening van een psychiater gevraagd. de strafzaak tegen Volkert van der G. moest nog beginnen, toen de eerste deskundigen al publiekelijk hun licht over de verdachte lieten schijnen. Een niet bij de zaak betrokken psychiater stelde in een landelijk dagblad de diagnose syndroom van Asperger - een uitspraak die de nodige stof deed opwaaien, omdat deze psychiater Van der G. nooit had onderzocht. Diagnosen op afstand zijn niet toelaatbaar, toch lijkt deze affaire illustratief voor de gretigheid van de media én het grote publiek om ernstige delicten toe te schrijven aan een geestesstoornis. de forensische psychiatrie lijkt meer en meer media-aandacht te krijgen. Niet alleen de aandacht voor dit deelspecialisme is groot, ook het aantal forensische patiënten en het aantal forensische psychiaters is groeiende. de politiek bedeeft de forensische psychiatrie ruim met gelden zowel voor behandeling als voor onderzoek (in tegenstelling tot de reguliere psychiatrie). Politici lijken de veiligheid van de maatschappij belangrijker te vinden dan kwalitatief goede zorg voor psychiatrische patiënten in het algemeen. Het is juist daarom belangrijk om te zorgen voor voldoende forensisch psychiatrische deskundigheid bij psychiaters.

We zullen in dit hoofdstuk betogen dat het juist met het oog op de groei van de forensische psychiatrie belangrijk is om binnen de basisopleiding tot psychiater meer aandacht te hebben voor dit deelspecialisme. de specifieke kennis en vaardigheden die de forensische psychiatrie kan bieden, zijn ook voor de algemeen psychiater van belang. Daarnaast is het in het kader van de samenwerking bij de behandeling van 'moeilijke patiënten' belangrijk om te weten wat de mogelijkheden en beperkingen van de forensische psychiater zijn.

De nog marginale plek die de forensische psychiatrie in de basisopleiding tot psychiater heeft, zou daarom moeten worden heroverwogen. Dat is juist nu relevant daar in de ko-

¹ Zie ook het Kaderbesluit van het Centraal College Medische Specialismen (CCMS 14 juni 2004), waarin onder meer aanbevelingen staan het onderwijs modulair vorm te geven gericht op competenties volgens de CanMeds. Er zijn zeven competenties geformuleerd, te weten: 1 Medisch handelen; 2 Communicatie; 3 Samenwerking; 4 Kennis en Wetenschap; 5 Maatschappelijk handelen; 6 Organisatie; 7 Professionaliteit.

mende jaren het onderwijs aan psychiaters-in-opleiding zal worden aangepast aan nieuwe eisen die door de medische specialistencommissie worden opgesteld. de onderwijsontwikkelingen zijn in volle gang. Zo wordt in het consortium Amsterdam – als eerste opleiding psychiatrie in Nederland – het onderwijs van het basiscurriculum vernieuwd volgens het ‘CanMeds-model’: een opleidingsmodel gebaseerd op zeven competentiegebieden, waarnaar alle specialistenopleidingen in Nederland gemodelleerd zullen gaan worden.² Op nationaal niveau heeft het consilium psychiatrie een onderwijshervormingcommissie ingesteld. Voor de psychiatrie betekent deze herstructurering dat opnieuw bekeken wordt welk aandeel de verschillende deelspecialismen in het onderwijs moeten hebben.

2. Ontwikkeling van de forensische psychiatrie

De forensische psychiatrie is als subspecialisme de laatste decennia sterk gegroeid. In 1960 werkten in Nederland minder dan vijftig psychiaters in de forensische psychiatrie. Nu is dat aantal gestegen tot ongeveer 250: bijna 10 % van het totale aantal psychiaters. Eén van de belangrijkste redenen voor deze toename is de groei van het aantal psychiatrische patiënten dat in detentie verblijft.

Uit het proefschrift van Van Panhuis blijkt dat van alle instromers bij justitie in totaal 12% als psychiatrische patiënt (dat wil hier zeggen een patiënt met een psychiatrische voorgeschiedenis) is te definiëren.³ Dit komt overeen met de resultaten van een meta-analyse van buitenlands onderzoek (62 onderzoeken in 12 verschillende westerse landen) onder bijna 23.000 gedetineerden, waarbij 3.7 % een psychose en 10 % een depressie bleek te hebben. Meer dan de helft van de gedetineerden (65%) voldeed aan de criteria voor een persoonlijkheidsstoornis (en dan met name de antisociale persoonlijkheidsstoornis).⁴

Bulten verrichtte in 1999 een onderzoek onder tweehonderd in Nederland gedetineerde mannen. Hieruit kwam naar voren dat 80% van hen in het jaar voorafgaande aan de detentie symptomen had van één of meer psychische stoornissen.⁵ Onderzoek van de Dienst Justitiële Inrichtingen uit 2002 geeft aan dat sinds 1997 ongeveer de helft van de gedetineerden een psychische stoornis heeft.⁶

In de TBS komen per definitie psychisch gestoorde gedetineerden terecht. Opvallend is dat het percentage psychiatrische patiënten met een psychotische stoornis in de TBS de afgelopen jaren flink is gestegen. Begin jaren '70 was het aandeel van de psychotische patiënten onder de TBS-gestelden slechts 10%. In 1997 was dit aandeel gegroeid tot 37% van de TBS-gestelden. de stijging was het sterkst in de jaren 1988-1995. Ook de comorbiditeit (met name alcohol- en drugsproblemen) is onder TBS-gestelden de laatste 25 jaar, en met name tussen 1988 - 1995, sterk toegenomen.⁶ Het onderzoek van Bulten onder Nederlandse gevangenen laat zien dat ruim de helft van het aantal gedetineerden verslaafd is aan alcohol en /of drugs.⁸ De groei van het aantal psychiatrische patiënten in detentie is voor een deel verbonden aan de groei van het totale aantal gedetineerden. de criminaliteit is namelijk in de afgelopen vijftig jaar – uitgaande van het totale aantal geregistreerde misdrijven en rekening houdend met de groei van de totale bevolking – ver-

² Frank, 2004.

³ Van Panhuis, 1997.

⁴ Fazel, 2002.

⁵ Bulten, 1999.

⁶ Van Gemert, 2002.

zesvoudigd: van ongeveer 1540 per 100.000 inwoners in 1960 naar een kleine 10.000 per 100.000 inwoners in 2004.⁷ Cijfers van het CBS laten zien dat vanaf 2006 voor het eerst een lichte daling in de criminaliteit wordt gezien.

We zien dat zowel het aantal gedetineerden als het aantal psychiatrische patiënten binnen detentie de laatste twintig jaar sterk gestegen is. Daarnaast zien we dat het aandeel van de psychotische patiënten binnen de TBS sterk gegroeid is. Een belangrijke factor in deze is het proces van de-institutionalisering dat zich in de jaren tachtig en negentig van de twintigste eeuw voltrok in de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Met de invoering van de BOPZ in 1994 was het niet meer mogelijk om patiënten vanuit het 'bestwil'-principe op te nemen. Daarnaast had het algemeen psychiatrisch ziekenhuis zich meer toegelegd op het creëren van een therapeutisch milieu, waarvoor de psychotische patiënt niet geschikt bleek. Ten derde werd door een bezuinigingsgolf het aantal bedden in de intramurale gezondheidszorg flink verlaagd.⁸ Hierdoor belandden kwetsbare psychiatrische (meestal schizofrene) patiënten, die tot dan in intramurale voorzieningen verbleven, op straat. Van deze groep mensen kwam een deel na korte of langere tijd met psychiatrische stoornissen (psychoses) in huizen van bewaring en gevangenen terecht, doordat zij deze 'ontbedding' niet aankonden. Veel van de patiënten in detentie hebben een mislukte carrière in de ggz (geestelijke gezondheidszorg) doorlopen, waarbij de ggz tekortschoot.⁹ Ten gevolge van de jarenlange forse groei van de criminaliteit als geheel is zowel het aantal gedetineerden als het aantal psychiatrische patiënten binnen detentie sterk gestegen. Ook zijn psychiatrische (vooral de schizofrene) patiënten mede door het proces van de-institutionalisering vaak in een strafrechterlijk kader beland. Een aanzienlijk deel van het werk dat voorheen gedaan werd door de psychiaters binnen ggz-instellingen is de afgelopen decennia verschoven naar psychiaters die hun werkterrein hebben binnen de gevangenismuren en/of forensische instellingen. Vanuit een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor goede zorg is de noodzaak tot samenwerking tussen de reguliere ggz-instellingen en de forensische psychiatrie toegenomen. Bij psychiaters in ggz-instellingen lijkt een gebrek aan kennis over het werkveld van de forensische psychiatrie te bestaan.¹⁰

3. Plaats van de forensische psychiatrie in de basisopleiding tot psychiater

Als de vraag naar een medisch specialisme toeneemt, is het zaak om tijdig voldoende opleidingsplaatsen te creëren én om voldoende *belangstelling* voor die opleidingsplekken te kweken. Dat doe je door structureel meer aandacht aan het specialisme te besteden in de basisopleiding tot psychiater en het belang van het subspecialisme te onderstrepen. Heeft de sterk gegroeide vraag naar forensisch-psychiatrische deskundigheid inderdaad zijn weerslag gehad op de aandacht die dit subspecialisme krijgt in het basiscurriculum van de psychiaters-in-opleiding? Dat blijkt slechts gedeeltelijk het geval. Het aantal lesuren forensische psychiatrie in de basisopleiding tot psychiater varieert sterk per opleidingsinstituut. Er zijn opleidingsinstituten die dit onderwijs in het basiscurriculum hebben opgenomen, echter vaak ontbreekt structureel onderwijs in de forensische psychiatrie in de opleiding tot psychiater.

⁷ Eggen, 2005.

⁸ De Smit, 1989.

⁹ Van Well, 2007.

¹⁰ Bleeker, 2006.

In het Amsterdams Psychiatrie Onderwijs heeft de forensische psychiatrie twaalf uur toebedeeld gekregen in de drie jaar die het basiscurriculum nu beslaat. In die tijd wordt een overzicht gegeven van het werk en werkveld van de forensische psychiater: de forensisch psychiatrische diagnostiek, risicotaxatie van de recidivekans op delicten, rapportage pro Justitia (in opdracht van rechter-commissaris of officier van justitie), psychiatrische zorg en (dwang)behandeling in detentie, forensische kinder- en jeugdpsychiatrie, casuïstiek op het snijvlak van de geestelijke gezondheidszorg en justitie. Er bestaat tevens de mogelijkheid om ervaring op te doen met het opstellen van enkele psychiatrische rapportage pro Justitia. Nadat de rechter-commissaris of officier van justitie een dergelijke rapportage heeft aangevraagd bij het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP)¹¹ kan de arts assistent in opleiding tot psychiater onder supervisie van een forensisch psychiater de verdachte onderzoeken. Hierbij dienen vragen te worden beantwoord die betrekking hebben op de aard van de psychiatrische stoornis, dan wel gebrekkige ontwikkeling der geestvermogens. Het verband tussen het delict en de gediagnosticeerde stoornis, advisering over de toerekeningsvatbaarheid, inschatting van de kans op recidive van het delict en behandeladvies staan hierbij centraal.

In de meeste basisopleidingen wordt psychiaters-in-opleiding de mogelijkheid geboden ervaring op te doen met forensische rapportage pro Justitia. Verder is het aantal plaatsen voor een keuzestage forensische psychiatrie momenteel groeiende. In 2006 waren er vijf instellingen in Nederland die een erkenning hebben voor de keuzestage forensische psychiatrie, nu is dat aantal al gegroeid tot veertien, te weten: het NIFP (locatie Amsterdam, locatie Den Bosch en locatie Pieter Baan Centrum (PBC) te Utrecht), de Dr. H. van der Hoevenkliniek te Utrecht en de vestigingen van de polikliniek de Waag in Utrecht, Amsterdam, Den Haag en Leiden, de FPK van de GGZ Drenthe te Assen, de Kijvelanden te Rotterdam, FPK van de GGZ Eindhoven, Parnassia te Den Haag, FPA Altrecht te Den Dolder en de GGZ Groningen (jeugd). de belangstelling voor de forensische psychiatrie is groeiende. de vraag is of het huidige opleidingsaanbod in de forensische psychiatrie beantwoordt aan de vraag naar en de belangstelling voor de forensische psychiatrie.

4. De verschillende werkterreinen van de forensisch psychiater

Als arts in opleiding tot psychiater is de mogelijkheid tot het doen van keuzestages binnen de forensische psychiatrie op dit moment nog beperkt, terwijl dit werkveld juist zo vele mogelijkheden biedt. Onderstaand enige voorbeelden.

Als rapporteur bij het NIFP en NIFP/Pieter Baan Centrum.

We noemden al de rapportages pro Justitia: er zijn ambulante en klinische rapportages mogelijk. de ambulante rapportages worden doorgaans door psychiaters op freelance-basis opgesteld in opdracht van de rechter-commissaris of de officier van Justitie met tussenkomst van het NIFP. Klinische rapportages pro justitia (observatie) geschieden in het NIFP, locatie PBC en – in kleine getale – op enkele forensisch psychiatrische afdelingen binnen de ggz. de rechter-commissaris of officier van justitie beslist welke type rapportage hij/zij bij het NIFP aanvraagt. Over het algemeen geldt dat wanneer observatie van de verdachte(n) van belang is wordt besloten tot een observatie in het NIFP/Pieter Baan Centrum. Het betreft dan bijvoorbeeld groepsdelicten waarbij het van belang is om de interactie van de verdachten in beeld te brengen. de arts assistent in opleiding tot psychia-

¹¹ Het NIFP is de nieuwe naam van de fusie tussen de Forensisch Psychiatrische Diensten (FPD) en het Pieter Baan centrum (PBC).

ter heeft de mogelijkheid om deze rapportages pro Justitia, klinisch en/of ambulant, onder supervisie van een psychiater te verrichten.

Als diagnosticus/behandelaar in penitentiaire inrichtingen in een dienstverband bij het NIFP of de Forensische Observatie en Begeleidings Afdeling van het gevangeniswezen (FOBA).

Op de FOBA, de landelijke crisisafdeling van het Gevangeniswezen, werkt de forensisch psychiater als behandelcoördinator samen met een psycholoog in een team van zorg/behandelingswerkers, die mbo-geschoold zijn. Behalve het aansturen van de andere hulpverleners is ook het motiveren van de patiënt tot behandeling hier een terugkerend element; de FOBA biedt, door de aanwezigheid van 24-uurs verpleegkundig toezicht, tevens de mogelijkheid om patiënten binnen het gevang te behandelen onder dwang, de indicaties voor en de wetgeving over dwangbehandeling in detentie zijn opgenomen in de Penitentiair Beginselen Wet (PBW).

Forensisch psychiaters werkend bij het NIFP worden als consulent ingezet in de eerste fase van de rechtsgang in de rol van adviseur van het openbaar ministerie en de rechterlijke macht. Daarnaast zijn zij betrokken bij de behandeling van gedetineerden in een Huis van Bewaring of gevangenis. Zij worden in consult gevraagd door de inrichtingspsycholoog of inrichtingsarts van de desbetreffende afdeling, de werkomstandigheden zijn te vergelijken met bijvoorbeeld die van een consulent psychiater in een algemeen ziekenhuis, zij het dat de patiënt in een setting met veel meer structuur verblijft, niet omgeven wordt door verplegend personeel maar door bewakers zonder gezondheidszorgopleiding en een andere rechtspositie heeft. Er is een medische dienst met een verpleegkundig team dat de dagelijkse medische zorg voor de gedetineerden verzorgt, de psychiater werkt nauw samen met de inrichtingspsycholoog en inrichtingsarts (meestal huisarts), maar ook in toenemende mate met ggz-partners in de reguliere en forensische psychiatrie. Het indiceren en uitvoeren van een psychiatrisch behandeltraject tijdens detentie en het indiceren van en verwijzen naar behandeling na detentie vormt een belangrijke taak van de forensisch psychiater binnen het gevangeniswezen.

Als psychiater in een klinische forensische setting binnen de ggz of TBS.

Forensisch psychiaters zijn werkzaam als behandelaar in (rijks- en particuliere) tbs-klinieken, in forensische psychiatrische klinieken (FPK) en afdelingen (FPA). Intensieve vormen van behandeling met oog voor diagnostiek, recidiverisico en recidivemanagement én resocialisatie onder streng toezicht bieden een fascinerende omgeving voor een psychiater in opleiding om kennis te maken met deze bijzondere behandelinstellingen.

Als psychiater op een forensische psychiatrische polikliniek.

Er zijn verschillende forensische psychiatrische poliklinieken, verbonden aan forensisch psychiatrische centra. In de afgelopen 10 jaar zijn er na een voorzichtige start op enkele locaties (zoals de Waag te Utrecht, de Tender te Deventer, het Dok te Rotterdam, de GGZ Eindhoven en GGZ Drenthe te Assen) in bijna heel Nederland forensisch psychiatrische poliklinieken verrezen. Deze poliklinieken zijn gespecialiseerd in behandeling van patiënten met agressiestoornissen, met seksuele delicten – waaronder pedoseksuelen – en personen die zich schuldig maken aan huiselijk geweld. Enkele forensische poliklinieken, vooral die die verbonden zijn aan forensische afdelingen of klinieken, richten zich toenemend op forensische patiënten met ernstige psychiatrische ziektebeelden.

In deze verschillende professionele contexten speelt het *juridische kader* een centrale rol. Naast de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) is in de forensische psychiatrie het strafrecht van belang. Kennis van behandeling binnen een strafrechtelijk kader zou een wezenlijk onderdeel van de opleiding tot psychiater moeten zijn. Veelal beperkt deze kennis zich tot de maatregel ex. artikel 37 Wetboek van Strafrecht (WvSr): plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis bij delinquenten die op grond van een psychiatrische stoornis ontoerekeningsvatbaar worden geacht ten aanzien van hun delict. Derhalve krijgen zij ontslag van rechtsvervolging en worden zij opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis voor de duur van maximaal een jaar. Vanaf het moment dat iemand met een art.37 WvSr in een psychiatrisch ziekenhuis wordt opgenomen gelden de regels die ook voor patiënten met een BOPZ-machtiging gelden. Meer kennis over andere mogelijkheden die de diverse wetten bieden, zoals opname met een artikel 15.5 (Penitentiaire BeginselenWet) of opname in een psychiatrisch ziekenhuis in het kader van een TBS met voorwaarden, leidt tot meer begrip bij psychiaters in de algemene psychiatrie voor deze groep patiënten en dit kan de doorstroom vanuit justitie naar de reguliere ggz bevorderen.

5. Specifieke kennis en vaardigheden

Wat zijn de specifieke kennis en vaardigheden die de forensische psychiatrie te bieden heeft voor het onderwijs aan de arts in opleiding tot psychiater?

In de Amerikaanse literatuur zijn slechts enkele artikelen verschenen over het forensisch psychiatrisch onderwijs aan psychiaters in opleiding. Lewis stelt dat kennis van de basis concepten van de forensische psychiatrie een belangrijk onderdeel zou kunnen zijn in de algemene psychiatrische opleiding.¹² Als basisconcepten noemt zij het kunnen vaststellen van de wilsbekwaamheid van een patiënt, het weten wat informed consent betekent en het kennis hebben van het recht van een patiënt om behandeling te weigeren. Ook de wettelijke basis voor het geven van dwangmedicatie dient bekend te zijn bij de beginnende psychiater in opleiding.

Lewis hanteert een brede definitie van forensische psychiatrie, waarbij het terrein van de forensische psychiatrie alle juridische onderwerpen beslaat die te maken hebben met het werk van de psychiater. Dit varieert van beroepsgeheim, beroepsethiek, hoe om te gaan met kindermishandeling tot risicotaxatie. Meer specifiek gaat het om kennis over het strafrecht, over hoe getuige-deskundige te zijn in een rechtszaak, maar ook over kennis over pedofiele daders, over ouders die hun kinderen doden, over verkrachters, over psychopaten. Pinals benadrukt dat de arts in opleiding tot psychiater bij het doen van forensische rapportages een bijzondere distantie moet leren aan te nemen.¹³ Van behandelaar van de patiënt verschuift de rol naar forensische rapporterschrijver en getuige-deskundige in de rechtszaal, waarbij de beveiliging van de maatschappij centraal staat. Daarbij speelt tevens dat men een zekere distantie nodig heeft om te spreken met iemand die bijvoorbeeld van moord of verkrachting verdacht wordt (of daarvoor veroordeeld is). Tegenoverdrachts-gevoelens bij het werken met patiënten in de forensische psychiatrie kunnen zeer heftig zijn en ervaring opdoen met supervisie en intervisie over deze problematiek is zeer leerzaam.

Het nieuwe leren volgens het Canmeds model tracht het opleidingscurriculum in zeven competenties te beschrijven, te weten: 1. medisch handelen, 2. communicatie, 3. samen-

¹² Lewis, 2004.

¹³ Pinals, 2005.

werking, 4. kennis en wetenschap, 5. maatschappelijk handelen, 6. organisatie en 7. professionaliteit. Deze competenties dienen in de opleiding, zowel in praktijk als in theorie, invulling te krijgen. Onderwijs dient praktijkgericht te zijn en voldoende mogelijkheden tot zowel meekijken, nadoen als zelfstandig oefenen te bevatten. Lewis stelt dan ook voor om een systeem te creëren waarin de arts assistent in opleiding tot psychiater in de basisopleiding regelmatig enige tijd in de verschillende forensische settings doorbrengt.

Organisatievormen in de forensische psychiatrie

Met betrekking tot de specifieke invulling die de forensische psychiatrie aan de zeven competenties kan geven, kunnen we stellen dat de forensische psychiatrie deels een andere organisatie kent dan de algemene psychiatrie. Over het algemeen kun je stellen dat er veel samengewerkt wordt met psychologen en sociotherapeuten, die aan de basis van de behandeling staan. In de Huizen van bewaring en in de FOBA werkt men samen met psychologen en veel MBO-geschoold personeel. de psychiater heeft als enige een medische kijk op de problemen en staat voor de taak het personeel hierin mee te krijgen en te scholen. Dit vraagt veel van de psychiater: communicatieve vaardigheden, coachend leiding kunnen geven en het signaleren van tegenoverdracht bij de diverse disciplines.

Een groot verschil met het behandelen in de ggz is verder dat in de forensische psychiatrie het belang van de maatschappij altijd sterk meeweegt en soms bepalend is. de behandeling is er immers vooreerst op gericht om te voorkomen dat er een recidive van een delict optreedt. Zoals vermeld is het inschatten van het risico op recidive van delicten een belangrijk onderdeel van de forensische psychiatrie. de forensisch psychiater dient steeds weer te taxeren wat de mate van waarschijnlijkheid is dat de patiënt opnieuw een delict pleegt. Het risicomanagement is een belangrijk onderdeel van het behandelplan. Hiervoor bestaan risicochecklists (zogenaamde risicotaxatie-instrumenten) om deze afwegingen zo zorgvuldig mogelijk te kunnen maken. de HCR-20¹⁴ en de HKT-30¹⁵ (die momenteel herzien wordt) worden veel gebruikt. de PCL-R¹⁶ is een instrument dat een voorspellende waarde heeft voor agressief gedrag.¹⁷ Let wel, het gaat hier om instrumenten die (nog) niet gevalideerd zijn in de ggz-setting en die slechts door ervaren en getrainde deskundigen mogen worden afgenomen. de arts assistent in opleiding tot psychiater kan deze risicotaxatie-instrumenten leren gebruiken tijdens een keuzestage in een forensische (TBS)-kliniek of tijdens het maken van forensische rapportages pro Justitia.

Forensische rapportages zijn verder een oefening in het zorgvuldig en helder formuleren van zowel het diagnostisch proces als het verband tussen de psychiatrische stoornis(sen) en het delict, waarbij het van belang is dat de diagnostiek en de conclusies logisch voortvloeien uit de gedane observaties en gesprekken; dit alles dient vertaald te worden in een voor leken begrijpelijke taal.

Specifieke patiënten

Voor het verdiepen van het medisch handelen en vergroten van de psychiatrische kennis (competenties 1 en 4) zijn binnen de forensische psychiatrie specifieke mogelijkheden. Een belangrijk aandeel daarin zijn de forensische patiënten. Deze patiënten worden in de

¹⁴ HCR-20 is een in Canada ontwikkelde scorelijst (Historic, Clinical and Riskmanagement).

¹⁵ HKT-30 staat voor Historische, Klinische en Toekomstige risico-indicatoren. Het is een in Nederland ontwikkelde lijst.

¹⁶ PCL-R. staat voor Psychopathie Check List-Revisited. Het is een in Amerika door Hare ontwikkelde scorelijst.

¹⁷ Hare, 2000.

ggz vaak als ‘moeilijk’ bestempeld. ‘Moeilijke patiënten’ zijn patiënten die te lastig, te gewelddadig of te verslaafd zijn om binnen de ggz in behandeling te komen. de relatie hulpverlener – ‘moeilijke patiënt’ komt moeizaam of niet tot stand, hetzij door het gedrag van de patiënt (dat dreigend, gevaarlijk en/of claimend kan zijn), hetzij door tegenoverdracht van de hulpverlener.¹⁸ Deze zogenaamde ‘moeilijke patiënten’ vallen in de reguliere ggz ‘buiten de boot’ en komen vaak terecht in de forensische psychiatrie (FPA, FPK of uiteindelijk TBS).

Eenzijds worden ‘moeilijke patiënten’ door de ggz verwezen naar gespecialiseerde forensische poliklinieken in verband met niet coöperatief, agressief of seksueel afwijkend gedrag.

Anderzijds komt deze patiëntengroep terecht in een huis van bewaring of gevangenis. de meest ernstig gedragsgestoorde patiënten worden binnen het gevangeniswezen opgevangen in de forensische observatie en begeleidingsafdeling (FOBA) te Amsterdam. Hier verblijven patiënten die over het algemeen ernstiger pathologie, gecombineerd met ernstige gedragsproblematiek laten zien dan patiënten in ggz-instellingen. Het gaat dan om langdurig onbehandelde psychotische beelden of ernstige cluster B- persoonlijkheidsstoornissen, meestal in combinatie met verslaving. Ook zien we stoornissen die in de algemene ggz niet of minder worden gezien, zoals pedofilie en extreme agressie. Interessant en leerzaam is dat de structuur van het dagelijkse detentieregime op den duur een regulerend effect kan hebben op de ernst van de psychiatrische symptomen van de patiënten. Een dergelijke strakke structuur is in een psychiatrisch ziekenhuis veelal niet realiseerbaar. Het is dan ook niet verwonderlijk dat er concrete plannen bestaan voor het creëren van bedden, voor niet forensische patiënten met zeer problematisch gedrag, binnen de muren van de forensisch psychiatrische instellingen (vergelijkbaar met de zogeheten kortdurend intensieve behandeling- KIB). Op dit moment heeft de dr. H. van der Hoeve-kliniek in Utrecht enkele bedden voor kortdurende intensieve behandeling van patiënten zonder strafrechtelijk kader.

Dreiging en geweld

Omgaan met dreiging en geweld, evenals het leren omgaan met de eigen gevoelens van de psychiater is gezien het voorgaande een derde aspect dat de forensische psychiatrie typeert. Patiënten van wie een dreiging uitgaat confronteren de behandelaar met zijn of haar eigen angstgevoelens. Wordt in de reguliere ggz een dergelijke situatie nog wel eens opgelost door de patiënt weg te sturen, binnen een detentiesetting is dat niet mogelijk. Het leren signaleren van en het omgaan met eigen angsten is een wezenlijk onderdeel van het werken met gedetineerde psychiatrische patiënten. Waar komt die angstbeleving vandaan? de angst kan bestaan uit de angst voor schade aan de eigen persoon (behandelaar); de angst dat de patiënt letterlijk en figuurlijk te krachtig is voor de behandelaar en deze de controle over de situatie verliest; de angst dat de behandelaar zijn eigen woede niet onder controle kan houden en de patiënt zou kunnen beschadigen. Angst kan bijvoorbeeld optreden door een blik in de ogen van de gedetineerde, wanneer hij de behandelaar/rapporteur vertelt hoe hij een tramconductrice met één hand knock-out sloeg. Van de blik kan een dreiging uitgaan die in een flits van een seconde plaatsvindt. Plotseling wordt de behandelaar zich bewust van het feit dat hij zich *binnen* een armlengte bevindt van de patiënt. de opmerking komt nu als bedreigend op hem over. In de praktijk blijkt dat het direct benoemen van dit gevoel de situatie snel controleerbaar kan maken. Als een patiënt

¹⁸ Koekkoek, 2007.

hier niet op aangesproken kan worden moet de behandelaar de eigen veiligheid waarborgen, bijvoorbeeld door ervoor kiezen het gesprek direct af te breken.

Angst is een belangrijk signaal waarop direct gehandeld moet worden. Bij het ervaren van angst is het meest effectief om het gedrag of de woorden van patiënt die deze angst teweegbrengen direct met de patiënt te bespreken. In sommige gevallen is de patiënt zich niet bewust van de dreiging die er van hem uitgaat. Na de feedback aan de behandelaar kan de patiënt zijn gedrag bijstellen. In andere gevallen is het belangrijk om als behandelaar heldere grenzen te stellen naar de patiënt, de kernwoorden in het omgaan met eigen angst van de behandelaar zijn transparantie en het trekken van grenzen naar de toelaatbaarheid van de dreiging of geweld in het contact met de patiënt, de veiligheid van de behandelaar en eventuele anderen staat in de forensische praktijksituatie altijd voorop, de omgang met forensische psychiatrische patiënten biedt een oefenterrein om te leren deze angsten in het contact te gebruiken en te leren hoe controle over de situatie te houden. Als je de mogelijkheid krijgt om tijdens de opleiding ervaring op te doen met dit soort lastige situaties, zal men daar zeker in de reguliere ggz veel baat bij hebben.

Specifieke ziektebeelden

In de forensische psychiatrie kan men een aantal specifieke probleemgebieden tegenkomen, waar men zich binnen de algemene psychiatrie niet altijd van bewust is, zoals simulatie en dissimulatie (V-codes in de DSM-IV-classificatie). Simulatie is het bewust voorwenden van een (psychiatrische) stoornis met een vooropgesteld doel. Dissimulatie is het zich bewust voordoen als niet-ziek wederom met een vooropgesteld doel. Een voorbeeld van simulatie zijn verslaafden die zich voordoen als patiënt met ADHD met het doel methylfenidaat voorgeschreven te krijgen, of gedetineerden die een psychose voorwenden om naar het prettiger regime van bijvoorbeeld de FOBA te worden overgeplaatst. Je kunt ook denken aan verdachten die een stoornis simuleren of zwaarder aanzetten om een lange gevangenisstraf te ontlopen, of meer onschuldig: de gedetineerde die klachten voorwendt met als doel om uit zijn cel te komen voor een gesprek met een psychiater. Ook het dissimuleren van symptomen om behandeling in een forensische psychiatrische kliniek te ontlopen komt met regelmaat voor. Dat kan gebeuren als een psychiatrisch patiënt (verlenging van) een TBS-maatregel wil voorkomen.

Naast kennis over (dis)simulatie bestaat binnen de forensische psychiatrie veel kennis over het diagnosticeren en behandelen van patiënten met specifieke problemen zoals: pedofilie, ernstige seksuele stoornissen, ernstige agressiestoornissen en frauderen.

6. Conclusies en aanbevelingen voor de toekomst

De forensische psychiatrie heeft de psychiater-in-opleiding veel te bieden. Het specialisme biedt zowel unieke kansen om te leren over de mogelijkheden die het strafrecht biedt bij behandeling van delinquenten met een psychiatrische stoornis in de reguliere en forensische psychiatrie, als kansen om te leren omgaan met dreiging en geweld in een handelcontext.

Doordat een groot aantal psychiatrische patiënten ten gevolge de de-institutionalisering binnen een forensische setting verblijft, is samenwerking tussen de forensische psychiatrie en de ggz van groot belang, de samenwerking is noodzakelijk om nazorg in de algemene ggz te regelen voor psychiatrische patiënten die gedetineerd zijn, maar ook om moeilijk behandelbare patiënten vanuit de reguliere ggz (tijdelijk) in een forensische setting te kunnen plaatsen. de algemeen psychiater zou tijdens de opleiding tot psychiater vertrouwd dienen te worden met de forensische psychiatrie.

Gezien de onderwijshervormingen die aanstaande zijn, waarin het Amsterdamse consortium van de psychiatrie opleidingen voorop loopt, valt te verwachten dat binnenkort in alle consortia een weging zal plaatsvinden van de verschillende onderdelen waaruit de opleiding tot psychiater zou moeten bestaan. Wij pleiten ervoor de forensische psychiatrie een vast en uitgebreider onderdeel van het basiscurriculum te laten worden en psychiaters-in-opleiding ruime mogelijkheden te bieden om een keuzestage forensische psychiatrie te volgen.

Personalia

Drs. A. Been is (vanaf 1 maart 2008) psychiater. Ten tijde van het schrijven van dit stuk was zij werkzaam in de dr. H. van der Hoevenkliniek te Utrecht.

Drs. E.M.M. Mol is waarnemend hoofd van het NIFP, locatie Maastricht en als keuzestage-opleider verbonden aan het NIFP, locatie Amsterdam.

Drs. W.G.E. Kuyck is forensisch psychiater bij het NIFP, locatie Amsterdam.

Aangehaalde literatuur

Bleeker 2006

J.A.C. Bleeker & E.M.M. Mol. 'De inbreng van de forensische psychiatrie in de opleiding tot algemeen psychiater', in: T.I. Oei & M.S. Groenhuijsen (red.), *Capita selecta van de forensische psychiatrie anno 2006*. Deventer: Kluwer, 2006.

Bulten 1999

B.H. Bulten, W. van Tilburg & J. van Limbeek. 'Psychopathologie bij gedetineerden', in: *Tijdschrift voor Psychiatrie* 41 (10), 1999, p. 575-585.

Eggen 2004

A.Th.J. Eggen & W. van der Heide. *Criminaliteit en rechtshandhaving 2004; ontwikkelingen en samenhangen*. Den Haag: Boom Juridische uitgeverij & WODC, 2004.

Fazel 2002

S. Fazel & J. Danesh. 'Serious mental disorder in 23.000 prisoners: a systematic review of 62 surveys', in: *Lancet* 360, 2002, p. 572-573.

Frank 2004

J.R. Frank. 'The CanMEDS project: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada moves medical education into the 21st century', in: H.B. Dinsdale & G. Hurteau (Eds), *The evolution of Specialty Medicine, 1979-2004* Ottawa: RCPSC, 2004, p. 187-211.

Hare 2000

R.D. Hare, D. Clark, M. Grann, D. Thornton. 'Psychopathy and the predictive validity of the PCL-R: an international perspective', in: *Behavioural Science and Law* 18, 2000, p. 623-45.

Koekkoek 2007

B. Koekkoek, B. van Meyel & G. Hutschemaekers. 'Moeilijke psychiatrische patiënten', in: *Maandblad voor Geestelijke Verzorging* 62, 2007, p. 93-108.

Lewis 2004

C.F.L. Lewis. 'Teaching forensic psychiatry to general psychiatric residents', in: *Academic Psychiatry*, 28:1, 2004, p. 40-46.

Van Panhuis 1997

P.J.A. van Panhuis. *de psychotische patiënt in de TBS; van kwaad tot erger. Een forensisch psychiatrische studie*, Deventer: Gouda Quint, 1997.

Pinals 2005

D.A. Pinals. 'Forensic psychiatry fellowship training: developmental stages as an educational framework', in: *Journal of American Academic Psychiatry and Law*, Vol. 33, 2005, p. 317-323.

Smit 1989

N.W. de Smit. 'Psychose in de gevangenis', in: *Justitiële verkenningen*, 15, 1989, p. 62-77.

Van Well 2007

C. van Well. *Een kwetsbaar mens, 17 verhalen uit de forensische psychiatrie*. Utrecht: de Tijdstroom, 2007.

(Beknopt) Personenregister

- Alberts, 381, 382
Archer, 365, 430, 437, 439, 443
Armenteros, 424, 437
Atkins, 76, 79
Baas, 128, 143
Baldry, xi, 361, 369, 370, 371
Bao, 431, 437
Bartels, 68, 72, 79, 81, 97, 108
Baumeister, 365, 376, 377, 382, 415
Been, xiii, 445, 454
Beenackers, 128, 143
Birger, 431, 437
Blair, 431, 437
Bleeker, viii, 129, 140, 141, 161, 162, 163, 165, 170, 171, 447, 454
Bleichrodt, 381, 382
Boendermaker, 72, 74, 75, 76, 79, 81
Bogaerts, xi, 351, 353, 356, 357, 358, 359, 360
Bongers, 74, 79, 81
Borra, 373, 382
Bos, vi, 55, 58, 67, 68
Bosch, 165, 246, 256, 260, 326, 327, 448
Brand, ix, 73, 79, 80, 249, 251, 252, 256, 258, 259, 263, 270, 273, 354, 358
Brinks, 435, 437
Brouwers, x, 256, 259, 323, 333
Brown, 427, 437
Bruck, 56, 57, 68
Bufkin, 431, 438
Bullens, vi, 55, 57, 65, 67, 68, 74, 79, 407
Bulten, vii, 76, 79, 100, 108, 133, 141, 145, 146, 149, 152, 154, 156, 158, 160, 300, 311, 322, 446, 454
Canton, 100, 101, 103, 108, 403, 405, 408, 410
Cantor-Graae, 377, 378, 379, 380, 382, 386
Caspi, 434, 438, 440
Cassiman, 374, 383
Chae, 57, 68
Coccaro, 427, 433, 438, 439
Collot d'Escury-Koenigs, vi, 55, 68
Conant, 375, 383
Conner, 426, 438
Currie, 127, 141
Danesh, 133, 142, 145, 157, 161, 171, 454
Daniëls, vii, 29, 127, 133, 135, 141, 142, 162, 171
Davidson, 433, 438
De Hullu, 263, 273, 324, 325, 330
De Jong, 157, 381, 384
De Ruiter, 239, 247, 262, 266, 274, 310, 313
De Smit, 447
Dekens, 58, 68
Doek, 56, 68
Doreleijers, 76, 77, 79, 80, 81, 100, 108, 300, 311
Drost, viii, 171, 187, 196
Duits, vii, 68, 72, 73, 79, 80, 81, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 108, 109, 315, 322
Eden, 56, 68
Eggen, 352, 359, 447, 454
Eisenberger, 380, 383
Enfield, 375, 384
Engberts, 436, 438
Erickson, 429, 438
Fazel, 133, 142, 145, 146, 157, 161, 171, 446, 454
Fonagy, 375, 383
Frank, 400, 446, 454
Franke, 252, 259
Gallese, 374, 383
Gelernter, 434, 439, 441
Gergely, 375, 383, 384
Ghebrial, 429, 439
Glannon, 436, 439
Gomperts, 378, 384
Goodyer, 430, 439
Greeven, 78, 80
Groenhuijsen, 15, 25, 79, 80, 141, 142, 156, 171, 199, 259, 260, 264, 269, 273, 323, 324, 333, 361, 371, 372, 454

- Haller, 429, 439
 Hallikainen, 434, 439
 Harkink, 72, 80
 Harte, 265, 273
 Heerma van Voss, 254, 259
 Helmers, 431, 439
 Herpertz, 431, 439
 Hildebrand, 175, 183, 251, 259, 274,
 297, 302, 305, 307, 310, 311, 312,
 313, 354, 359
 Hondius, v, 15, 41, 50
 Hoptman, 431, 440
 Hornsveld, 256, 260
 Huygen, viii, 161, 170
 Jianghong, 424, 440
 Junginger, 405, 410
 Kaiser, 2, v, xv, 27, 38
 Kamerman, 407, 410
 Kelk, 8, 13, 15, 191, 192, 196, 234, 246,
 257, 260, 324, 333
 Kim-Cohen, 434, 440
 Kockler, 426, 440
 Koelewijn, 407, 409, 410
 Koenraadt, 173, 174, 182, 183, 192,
 196, 254, 259, 260, 301, 312
 Kogel, 266, 273
 Kom, 251, 259
 Komen, 72, 80
 Kommer, 135, 142
 Koppen, 260, 313
 Kouratovsky, xii, 373, 374, 376, 377,
 379, 381, 382, 384
 Kramer, 381, 385
 Kuijpers, xi, 361, 371
 Kuyck, xiii, 423, 437, 445, 454
 Lamers-Winkelmann, 55, 57, 69
 Lavretsky, 403, 410
 LeDoux, 436, 440
 Lesch, 427, 434, 440
 Levinson, 375, 384
 Lewis, 7, 13, 14, 156, 339, 437, 450,
 451, 455
 Lidberg, 427, 440
 Lombroso, 253, 324, 333, 338
 Loonen, xii, 403, 406, 407, 410
 Maas, 253, 260
 Mackor, 263, 273
 Malone, 424, 440
 Manuck, 434, 440
 Matsumoto, 373, 375, 376, 385
 Mazzanti, 434, 441
 McHale, 375, 385
 Meijer, 435, 441, 442
 Miedema, 135, 143
 Mol, xiii, 164, 165, 171, 445, 454
 Morihisa, 431, 441
 Moseley, 432, 441
 Moyer, 424, 441
 Nagtegaal, xi, 351, 358
 Nelissen, 78, 81
 New, 14, 38, 69, 92, 108, 109, 110, 147,
 156, 157, 159, 245, 295, 311, 312,
 313, 340, 383, 384, 394, 396, 421,
 422, 434, 439, 440, 441, 442, 443
 Nieboer, 263, 264, 273, 286
 Nielsen, 434, 441
 Nierop, 57, 66, 67, 69
 Nijman, 34, 39, 77, 80, 128, 140, 142,
 143, 156, 175, 183, 266, 274
 Nugter, viii, 173, 183
 Oei, 2, vi, vii, x, xv, 15, 25, 28, 39, 79,
 80, 83, 90, 141, 142, 145, 155, 156,
 171, 199, 237, 239, 241, 248, 259,
 260, 264, 266, 270, 274, 279, 280,
 295, 296, 454
 Ogden, 376, 385
 Olesen, 432, 441
 Oostervink, 73, 79, 80
 Paris, 337, 382, 385, 434, 442
 Patino, 377, 386
 Paa, 431, 442
 Peek, viii, 173, 183
 Pemberton, xi, 361, 370
 Popma, 430, 442
 Post, 135, 143, 397, 427
 Poulin, 424, 442
 PTSD, 371, 396, 429
 Raes, 141, 171, 270, 273, 312
 Raine, 425, 442
 Rassin, 56, 57, 69, 353, 359
 Rietveld, 73, 74, 76, 80
 Rinne, 429, 442
 Ruby, 57, 69
 Schoenmakers, vii, 145, 154
 Selenius, 375, 386
 Shorter, xi, 337, 342
 Sicher, 423, 442

Skodol, 84, 86, 90, 92, 93, 94, 423, 433, 442
 Smith, 90, 99, 110, 380, 381, 386, 427, 442
 Spinella, 431, 443
 Spits, 407, 411
 Stalman, viii, 129, 141, 161, 163, 170, 171
 Stanford, 426, 443
 Steller, 57, 69
 Stevens, 72, 80
 Stikker, v, 41, 50
 Stoltz, 135, 143
 Taber, 432, 443
 Teplin, 76, 80, 146
 Toppelberg, 375, 378, 386
 Torremans, ix, 261, 273, 274
 Tremblay, 93, 428, 435, 439, 443
 Van Beek, 78, 354
 Van der Landen, 269, 273, 324, 333
 Van der Linden, 71, 72, 73, 81, 238, 246
 Van der Steege, 75, 81
 Van der Werf, 29, 31, 39
 Van der Wolf, 270, 271
 Van Gemert, 446
 Van Horn, 68
 Van Koppen, 254, 260, 263
 Van Kordelaar, 149, 158, 300, 311, 315, 316, 322, 325
 Van Limbeek, 133, 141
 Van Marle, 72, 78, 80, 128, 131, 139, 142, 261, 266, 270, 301
 Van Muijlwijk, 403

Van Os, 377, 378, 385
 Van Panhuis, 28, 31, 39, 159, 160, 182, 183, 320, 322, 446, 455
 Van Tilburg, 133, 141
 Van Vliet, 28, 35, 39, 72, 236, 237, 239, 241, 248, 254, 260
 Van Voren, 403, 411
 Van Well, 447, 455
 Van Zessen, 133, 143, 146, 147, 160
 Vedder, 376, 379, 380, 382, 386
 Verhagen, xii, 127, 133, 140, 143, 322, 413, 414, 418, 420, 421, 422
 Verheggen, 375, 386
 Verhulst, 77, 81, 101, 110
 Vermeiren, 76, 77, 81
 Viau, 431, 443
 Vijselaar, 192, 196
 Vlaminck, 377, 386
 Volavka, 423, 427, 433, 443
 Vreugdenhil, 76, 81, 100, 110
 Vrij, 57, 66, 69
 Wang, 375, 386
 Wartna, 73, 75, 81, 82, 128, 143, 160, 175, 184, 258, 260, 300, 313
 Weinshenker, 424, 443
 Wigboldus, 380, 387
 Williams, 157, 340, 377, 387, 396
 Winkel, xi, 361, 367, 369, 371, 372
 Young, 208, 214, 220, 232, 256, 387, 439, 442
 Zaalberg, 140, 143
 Zwemstra, 145, 153, 156, 160, 403, 410, 411

(Beknopt) Zakenregister

Acculturatie, xi, 378
ACTH, 427, 428, 429
ADHD, 89, 289, 378, 384, 451
Affectieschade, xi, xii, 389, 391
Aggression, 421, 424, 433, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442
Asperger, 74, 443
Baarnse moordzaak, 267
BAS, 423, 437
BDHI, 432
Behandel en Zorgwet, 20
Behandelbaarheid, v, ix, 35, 261, 271, 275
BIS, 423, 437
BOLD, 429
BooG-longstay, 317
BZA, 128, 132, 163
CBCA, 55, 57, 58, 60, 64, 65, 66, 67, 69
CCMS, 443
Commissie Fick, 252
CRH, 427, 428
CSF, 425, 432
Culture-Bound Syndromes, 373
DHEA, 425, 428, 429
Dimensies, vi, 83, 87, 88, 89
DJI, 28, 142, 143, 167, 174, 187, 188, 189, 190, 192, 230, 234, 237
DNI, 130
DSM-V, x, 83, 87, 93, 94, 95, 317, 319, 337, 340, 341, 393
DTI, 429, 430, 431, 440
DVRAG, 367, 371
Dwangbehandeling, v, vi, 41, 42, 132
EMDR, 18
Enlightenment Project, 411
EZV, 136, 137
Fidelity-metingen, 78
FOBA, 34, 132, 137, 162, 163, 164, 167, 171, 179, 447, 449, 450, 451
Forensische zorg, vii, 125, 142
FOTRES, 139
FSU, 132, 164, 167
GABA, 425, 426
GGZ-Care, 45
HTR1B, 432, 440

Indicatiestelling, 45, 129, 138, 141
Inwikkeling, xi, 373, 374, 376, 381
ISD, 132, 137, 238, 239, 269, 300
JJI, 71, 74, 75
LAA, 132
MAO-A, 432, 439
MHPG, 426
MMD, 132, 136
MRI, 429, 438
NE, 425, 426
NIFP, 42, 90, 99, 101, 102, 104, 105, 107, 133, 136, 138, 139, 141, 155, 163, 164, 166, 178, 315, 320, 321, 436, 446, 447, 452
ODARA, 367
OTS, 71, 72, 73, 74, 79, 80
Outline for Cultural Formulation, 373
Performance, vii, 111, 112, 113, 115, 116, 118, 121, 122
PIJ-maatregel, 72, 73, 74, 79, 80, 102, 109
PIW, 132
PMO, 132, 138, 148, 163
PSC, 132
PTSD, 371, 394, 427
PTSS, xi, 361, 362, 363, 364, 368, 369, 370, 390, 394, 395, 396, 397
PVP, 24, 41
QTL, 431
RIBW, 169, 179, 190, 347
RISc, 236, 238, 239, 241, 244, 246, 247, 319, 320
Risicotaxatie, xi, 289, 307, 354, 368
Risk assessment, xi, 313, 351, 354
RM, 41, 42, 43, 49, 177
RMO, 134, 237, 242, 247
RPQ, 424
RSJ, 134, 239, 247
SOV, 138
SVA, 55, 57, 58, 63, 66, 67
Toerekeningsvatbaarheid, x, 263, 300, 325
TR, 132, 337, 341, 392, 393, 394
Trajectplan, 44, 45, 49
VBA, 132

VC, 55, 57, 58, 60, 64, 65, 66

VMPFC, 430

Wet BOPZ, 25

WGBO, 35, 41, 42, 44, 50, 162, 168,
191, 448

Wilsbekwaam, 402

WMG, 168

WODC-rapport ‘Jong vast’, 75